PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO
Assistência Humanizada à Mulher

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Ministério da Saúde

Ministério da Saúde

FEBRASGO

ABENFO

Parto, Aborto e Puerpério
Assistência Humanizada à Mulher

Brasília, DF

2001

Acesse http://BlogEnfermagem.com

© 2001. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.
Tiragem: 50 mil exemplares.

Ministro da Saúde
José Serra

Secretário de Políticas de Saúde
Cláudio Duarte da Fonseca

Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher
Tânia di Giacomo do Lago

Produção, distribuição e informações:
Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6° andar
CEP: 70.058-900, Brasília, DF
Tel: (61) 315-2869
Fax: (61) 322-3912
1°. ed. 2001

Ficha catalográfica:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher.
Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

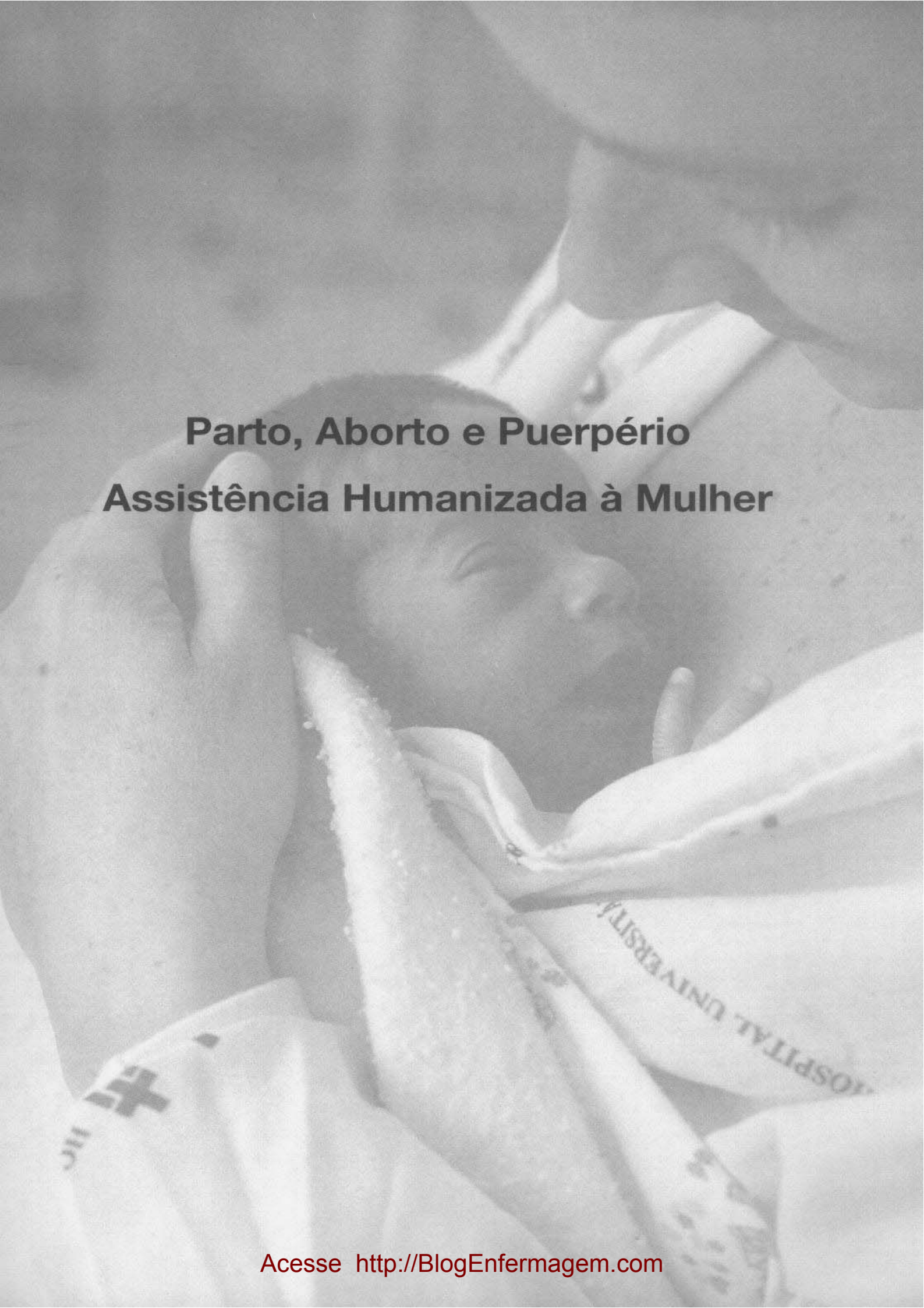
199 p.: il.

ISBN: 85-334-0355-0

1. Saúde – Mulher – Assistência humanizada. 2. Parto – Assistência humanizada. 3. Aborto – Assistência humanizada. I. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. II. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras. III. Título.

CDU 618.2
NLM WQ 200 DB 8

Acesse http://BlogEnfermagem.com



Parto, Aborto e Puerpério
Assistência Humanizada à Mulher

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Acesse http://BlogEnfermagem.com

APRESENTAÇÃO

Assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é compromisso fundamental do Ministério da Saúde.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece os princípios da atenção que deve ser prestada e exorta estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

O Ministério da Saúde apresenta esta publicação com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Pretende, principalmente, integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desta forma, será possível resgatar para mulheres e profissionais de saúde a singularidade dente momento.

JOSÉ SERRA

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Acesse http://BlogEnfermagem.com

SUMÁRIO

		PÁG. Nº
Prefácio –	Humanização da atenção obstétrica	9
1.	Direitos reprodutivos, saúde materna e perinatal	11
2.	Atenção institucional ao parto	17
3.	Preparando a mulher para o parto	26
4.	Avaliação crítica do tipo de parto	32
5.	Assistência à mulher no trabalho de parto	38
6.	Uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto	45
7.	Acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto(Suporte psicossocial)	64
8.	O controle da dor no trabalho de parto	68
9.	Assistência à mulher no parto normal	77
10.	Assistência à mulher no parto por cesárea	87
11.	Assistência à mulher no parto fórcipe	96
12.	Anestesia em Obstetrícia	101
13.	Assistência à mulher no parto de gestações de alto risco	112
14.	Indução do parto	119
15.	Assistência imediata ao recém-nascido	128
16.	Aleitamento materno	135
17.	Assistência à mulher com abortamento e no pós-aborto	145
18.	Assistência à mulher portadora do HIV durante o parto e puerpério	158
19.	Assistência à mulher no quarto período	168
20.	Assistência à mulher no puerpério	175
21.	Evidências cientificas sobre as práticas utilizadas no parto	182
22.	Referências bibliográficas	190

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Acesse http://BlogEnfermagem.com

PREFÁCIO
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Os profissionais de saúde são, coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade.

Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a

Acesse http://BlogEnfermagem.com

avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê.

Na prática, como alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada?

Certamente, não será com normas ou manuais.

Para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um. Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Saúde no contexto sócio-cultural

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de "necessidades básicas", que interferem na sua saúde e seu bem-estar. Este mulher carece, freqüentemente, de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, dentre outros. Evidentemente, essa "doença social" - que acomete um número expressivo de mulheres - determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua vida, sua saúde e seu bem-estar.

É com essa abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, com uma visão humanística, na promoção da saúde das pessoas.

Evidentemente, não se pode aguardar que as medidas estruturais necessárias à correção dos graves problemas econômicos e sociais do país sejam adotadas em sua plenitude e surtam os efeitos desejados para que o setor de saúde se mobilize na correção de seus problemas específicos. Mas, por outro lado, e importante que, no desenvolvimento de programas de combate a esses problemas específicos de saúde de determinados grupos populacionais, não se perca a dimensão da real profundidade da interferência dessas questões político-econômicas e sociais no estado de saúde de cada cidadã e cidadão brasileiros.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Saúde feminina. Determinantes

No caso da mulher, acresce-se à problemática já explicitada, questões também complexas, relacionadas às relações de gênero, de não tão simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreita para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. A identidade cultural de gênero e construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos. **Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria historia.** Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal.

Esses determinantes histórico-sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos, na atuação médico nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. De acordo com Foucault:

"*Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade há dois ou três séculos não estaria ordenada senão em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a forma de trabalho, reproduzir as formas de relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora*".

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de "puericultura intra-uterina", como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher.

O primeiro Congresso Brasileiro de Proteção a Infância (1922) indiretamente culpa as "mulheres desnutridas, sifilíticas e alcoólatras" pelas elevadas taxas de mortalidade infantil vigentes na época, e recomenda a intervenção do Estado através da abertura de maternidades e creches e da "severa vigilância ao aleitamento

Acesse http://BlogEnfermagem.com

materno". Abria-se mais um caminho para responsabilizar as mulheres pelas mazelas da sociedade e se justificava um acirramento do controle social sobre seus corpos e suas vidas. Cumpre recordar que, nessa época, às mulheres era negado ou dificultado o acesso à educação formal.

Foi com esses conceitos, muitas vezes equivocados, que se expandiu no Brasil a assistência pré-natal. E essa centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo grávido-puerperal perpetuou-se até muito recentemente. A ampliação da oferta de serviços de atenção a mulher, a partir do final dos anos 60, ainda não tinha por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. Foi o crescimento populacional que ocorria nos países subdesenvolvidos o motivador de investimentos internacionais que disponibilizaram métodos e técnicas "modernos" de contracepção dirigidos às populações pobres.

A mulher e o espaço político

Embora o setor público no Brasil ainda continuasse privilegiando a atenção à gestante, na transição das décadas 60/70, começaram a surgir as entidades ditas não-governamentais que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar, sem outros cuidados à saúde das mulheres. A criação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM) e sua ampla atuação na Sociedade brasileira na década de 70 é o exemplo mais claro desse período. Menos clara, entretanto, fica a compreensão de porque, em sendo esse período o auge do regime militar no Brasil com seus princípios pró-natalistas - que visavam ocupar os imensos espaços vazios de nosso território em nome da segurança nacional –, foi possível a proliferação dessas entidades ditas "controlistas". Essa dicotomia entre o discurso e a prática – tão marcada na sociedade brasileira até os dias atuais - certamente não trouxe benefícios ás mulheres, novamente transformadas em alvo de programas que não objetivavam sua saúde, nem seu bem-estar.

Como reação a essa prática, as esquerdas brasileiras iniciaram movimento contrário: a oposição ao planejamento familiar e ao controle da natalidade, duas estratégias que, embora tenham significados diferentes, superpunham-se nessa época, tendo a primeira emprestado seu nome para amenizar o impacto político da implantação subliminar da segunda.

Novamente, esse antagonismo não trouxe benefícios para as mulheres. Enquanto as clínicas privadas de planejamento familiar proliferavam e disponibilizavam contracepção, a medicina sanitária – que introjetava em sua prática o pensamento da esquerda – dificultava o acesso das mulheres a outras alternativas. Ser "contra" o planejamento familiar transformou-se em "bandeira" política, o que retardou a oferta dessas ações de saúde na rede básica. A sociedade brasileira vivia nas décadas de 60 e 70 um ritmo de industrialização e urbanização acelerado e, desse processo, resultaram modificações nas expectativas reprodutivas das brasileiras que, com algumas

Acesse http://BlogEnfermagem.com

décadas de atraso e talvez motivadas por determinantes distintos daquelas dos países desenvolvidos, passaram a desejar famílias menores. E foram buscar as alternativas disponíveis de métodos anticoncepcionais, ainda que não fossem as ideais. Não pode ter sido outra a razão que culmina na década de 90 com uma prática de planejamento familiar de alta prevalência e baixa qualidade.

O ressurgimento do movimento feminista a partir da metade deste século trouxe ao debate novas concepções das relações entre os gêneros e das relações entre o ser humano e a sociedade. Inicialmente adotando uma postura de polarização/antagonismo entre os sexos, o pensamento feminista evoluiu neste final de século para uma posição mais construtiva, de estímulo à cooperação/companheirismo e a valorização da individualidade de cada um dos gêneros, sem exclusões.

Evidentemente, as conquistas do feminismo no Brasil e no mundo são significativas e têm permitido uma evolução da sociedade em relação ao reconhecimento dos direitos de cidadania igualitários entre homens e mulheres, também no campo da saúde.

Entretanto, e apesar dessas importantes conquistas, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem *a priori* para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções.

A medicalização do corpo feminino

O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campão mundial de operações cesarianas. **Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde.** Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais – mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade. Ehrenreich & English apontam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças: a medicalização do corpo feminino – que "trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico" – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura. Ou ainda, de acordo com Illich:

Acesse http://BlogEnfermagem.com

"Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais."

À parte o exagero dessa afirmação - não se pode negar a contribuição da medicina em geral, e da ginecologia e obstetrícia em particular, na melhoria das condições de saúde e de vida das mulheres -, muitas das distorções historicamente observadas, como, por exemplo, a epidemia de histerectomias nos EUA nas décadas de 60 e 70 ou o excesso de cesáreas no Brasil, refletem exatamente essas inter-relações entre as questões de gênero e a prática médica.

E é necessária a compreensão dessas inter-relações para que se possa perceber porque o Brasil ainda apresenta indicadores inadmissíveis de mortalidade materna e mortalidade perinatal, muito além daquela esperada para seu nível de desenvolvimento e um exercício freqüentemente equivocado dos direitos reprodutivos por parte de suas cidadãs.

A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos. É necessário que se deixe de romantizar o poder que pode existir da conexão biológica da mulher com a Maternidade. É fundamental deixar de subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com essa conexão. Pois essa visão "reprodutiva" das mulheres é muito menos o resultado de sua condição biológica e, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural. E não se pode deixar de reconhecer que essa organização tem, até hoje, buscado cercear os esforços das mulheres para ganhar um pouco de espaço de controle sobre suas vidas e seus corpos e para expressar livremente sua sexualidade.

Atualmente, pode-se observar no mundo todo, embora, infelizmente, ainda de forma muito tímida no Brasil, uma crescente tendência à contestação de um modelo de desenvolvimento que privilegia a ordem hierárquica, consumista e tecnológica. Essa contestação é evidente nos movimentos de protesto contra as sociedades de modelo político autoritário, na afirmação da liberdade e da democracia e no fortalecimento de uma corrente preservacionista, ecológica, em oposição à tradicional atitude dominadora e apropriativa determinada pelo modo de produção. É sob a ótica desse movimento de transformação que deve ocorrer uma nova reflexão sobre a saúde da mulher. **Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento.**

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos.

A desvinculação entre vida sexual e reprodução, em vez de proporcionar a liberdade feminina, tem se apresentado de forma a criar artimanhas que preservam os tabus e a inconsciência, deixando inalterado o modelo tradicional de imposição de alternativas à mulher. Estatísticas recentes demonstram um número expressivo de laqueaduras realizadas em mulheres jovens e desinformadas. Não menos alarmantes são as estimativas sobre os abortos clandestinos realizados no Brasil que resultam em um número desconhecido, mas, seguramente não desprezível, de mortes.

Esses fatos revelam contradições na sociedade, que se reproduzem no sistema de saúde e, mais intensamente, no atendimento à saúde da mulher, tanto no que se refere ao desempenho do sistema de saúde, quanto a indicadores de saúde que refletem indiretamente a qualidade de vida da população (probabilidade de morte e esperança de vida ao nascer). Para o desenvolvimento de uma política eficaz de atenção integral à saúde que, sem dúvida, implicara a médio e longo prazo em melhoria da qualidade da vida humana, é preciso considerar essas questões.

Um novo conceito de saúde que considere a consciência plena de cidadania dos indivíduos exige novas posições e, portanto, novos ordenamentos culturais. A humanização do nascimento – só possível se cidadãs e cidadãos, profissionais de saúde e gestantes, sociedade em geral, assimilarem esses conceitos – pode ser o primeiro passo.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida.

Até as importantes mudanças do modus vivendi do período industrial, as vivências do parto foram, nas mais diferentes culturas, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres. A imensa mortalidade materna e perinatal começou então a ser discutida, na esfera pública, por uma necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores. Ao lado destas transformações sociais, a obstetrícia firmava-se como matéria médico e ocorriam as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento.

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracteriza-lo como evento medico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais.

A maioria das mulheres que até meados do sec. XX pariram com a ajuda de outras mulheres, por não serem nobres ou da classe de maior renda, passou também a ser objeto do interesse médico e ter seus partos atendidos ou observados por profissionais oficialmente preparados para este fim, como as enfermeiras-parteiras e os médicos.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Nos anos 80, ocorreram algumas iniciativas locais voltadas para a redução da mortalidade materna, sendo uma das mais importantes o projeto desenvolvido por Galba de Araújo no Ceará para integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde, de modo a melhorar a assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local.

Em 1984, também em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM) que incluía a assistência pré-natal, entre outras. A implantação deste programa ocorreu de modo heterogêneo no país, sendo difícil avaliar seu impacto global sobre a saúde da mulher, dada a complexidade das ações e o grande conjunto de variáveis envolvidas.

Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com FEBRASGO, UNICEF e OPAS, lançou o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido.

Embora estas iniciativas e outras em âmbito municipal e estadual tenham sido desenvolvidas nos últimos anos, problemas permanecem na sistematização da assistência à gestação e ao parto, desrespeitando direitos básicos da cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém nascidos. Entre eles, estão a segmentação entre a rede básica e hospitalar e a intervenção excessiva sobre o parto.

A relação entre as atividades da atenção básica e as hospitalares deveria ser de continuidade e complementariedade. Entretanto, no pré-natal, que é o momento mais apropriado para a preparação ao parto e detecção de possíveis alterações da gestação, graves problemas são, encontrados, como o fato de que a grande maioria das mulheres recebe "alta" no seu momento mais crítico, ao redor do oitavo mês – onde se agravam doenças como a hipertensão e diabetes – sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto.

A medicalização da assistência ao parto

A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. O conflito gerado a partir desta transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais "limpo", mais rápido, mais "científico". Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea. É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher-parturiente está cada vez mais distante desta condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens orientações, sem entender como combinar o poder contido nas

Acesse http://BlogEnfermagem.com

atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir.

A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Desta forma, esta discussão não pode estar desvinculada da assistência, porque mais uma vez se estaria repetindo a exclusão que a mulher sofre no momento do parto em relação a sua própria autonomia.

Exemplo desta situação é a que diz respeito ao uso excessivo da cesariana nas últimas três décadas. Foram fatores determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea pelo antigo INAMPS, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos. Como conseqüência, parte importante dos obstetras não se encontra suficientemente motivada, e até mesmo capacitada, para o acompanhamento ao parto normal. Por sua vez, em uma relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentido-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às "questões técnicas" levantadas pelos médicos.

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.

Assistência ao parto no SUS

No Sistema Único de Saúde, a assistência institucional ao parto é realizada atualmente através de uma rede com cerca de 4.757 unidades que atuam em diferentes níveis de complexidade. O parto normal foi o procedimento de maior freqüência no ano de 1999 e o segundo procedimento de maior impacto financeiro. No Brasil, a assistência à mulher no momento do parto é em grande parte hospitalar, com diferentes percentuais para cada região.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, realizada em 1996, mostra estes percentuais, conforme quadro a seguir:

Região	Parto Hospitalar (%)
Norte	81,9
Nordeste	83,4
Sudeste	95,1
Centro-Oeste	97,1
Sul	97,4

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Estes dados refletem as diferentes condições de acesso e organização dos serviços em cada região. A pesquisa do PNDS mostra que na região Norte ocorreu o maior número de **partos domiciliares**, o que é justificado pela insuficiente rede de serviços de saúde aliada às condições geográficas que dificultam o acesso, na maior parte das vezes, apenas fluvial. Entretanto, é a região Nordeste que informa o maior número de partos domiciliares notificados ao SUS, conforme quadro a seguir:

Parto Domiciliar SIA - SUS - 1995 a 1999

Região	95	96	97	98	99*
Norte	24.093	18.173	8.718	6.204	6.700
Nordeste	37.465	43.520	40.413	33.519	20.689
Sudeste	4.496	21	126	450	2.622
Sul	4.791	4.878	5.559	3.943	7
Centro-Oeste	604	485	1.166	937	1.648
TOTAL	71.449	67.077	55.982	45.053	29.193

* Em 1999 os códigos para parto domiciliar incluem 029 - assist. parto s/ distócia p/ parteira(o) PAB e 030 - assist. parto s/ distócia p/ enferm. obstétrica(o) PAB - e os dados apresentados são de 10/99.

Embora o número de partos domiciliares seja relativamente pequeno em relação ao total de partos apresentados, de 1,1% a 2.5%, sua análise apresenta alguns elementos importantes. A morbimortalidade associada a este tipo de parto é de fato desconhecida. A maioria destas mulheres vive em área rural ou de difícil acesso, com precária assistência à saúde. Estes registros indicam que o percentual de partos domiciliares notificados vem diminuindo anualmente, ou seja, que mais mulheres tiveram acesso à atenção hospitalar no momento do parto. Mas é importante lembrar que as dificuldades de acesso estão mantidas para notificação da ocorrência do parto, sendo necessário ponderar este dado. Confirma esta preocupação o fato de que a pesquisa do PNDS-96 mostra um percentual de partos domiciliares maior na região Norte do que na região Nordeste.

O percentual de parto domiciliar em relação ao total dos partos ocorridos no SUS em 1996 foi de 2.4%, e na região Norte foi de 7.76%, o que fica bem aquém dos dados obtidos pela pesquisa PNDS (15.3%). Embora o universo da pesquisa e o método sejam diversos, o relato de um grande número de partos domiciliares não era esperado, uma vez que somente as áreas urbanas foram pesquisadas nesta região, ou seja, a notificação ao SUS de partos domiciliares deveria ser bem maior.

Na **atenção hospitalar**, as 4757 unidades que fazem assistência ao parto podem ser classificadas de acordo com o porte hospitalar e número de partos. Na tabela abaixo, apresenta-se a classificação

Acesse http://BlogEnfermagem.com

por porte de maternidade, segundo o número de partos, dado fundamental para a compreensão desta assistência ao parto porque se relaciona com duas questões fundamentais: o acesso e a complexidade da atenção.

Classificação das unidades hospitalares de acordo com o número de partos realizados por ano. Brasil, 1998.

Porte de Maternidade	Nº de hospitais	%	% acumulada	Nº médio de leitos obstétricos	Total leitos obstétricos
Porte 01 (01 a 499 partos/ano)	3.434	72,2	72,2	8,56	29.409
Porte 02 (500 a 1499 partos)	905	19,0	91,3	19,01	17.209
Porte 03 (1500 a 2499 partos)	220	3,4	94,8	32,09	7.061
Porte 04 (2000 ou mais partos)	195	4,6	100,0	53,37	10.408
Porte ignorado	3	0	100,0	0	0
TOTAL	4.757	100,0	100,0	13,47	64.087

Fonte: SIH/SUS

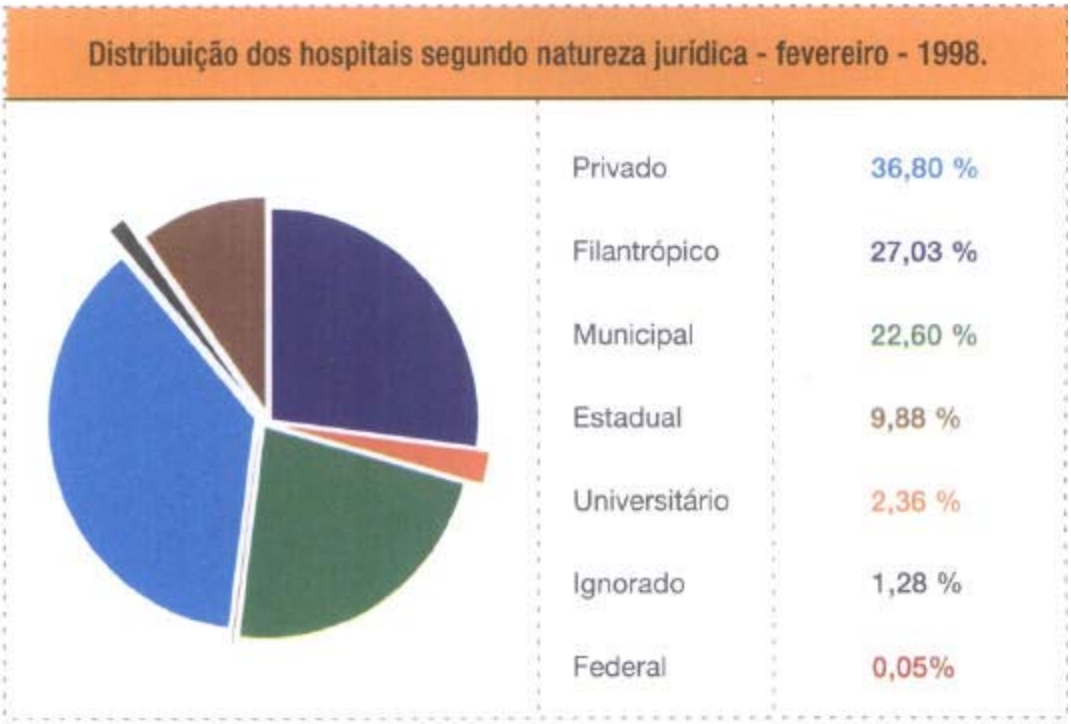
Estes dados indicam que 72,2% dos partos ocorrem em unidades de médio porte (1 a 499 partos por ano). Na maioria dos municípios, a resolutividade destas unidades é baixa, causando uma distócia entre o nível de complexidade da atenção e a freqüência dos atendimentos.

Soma-se a isto o fato de que a major parte dos encaminhamentos oriundos destas unidades dirige-se a unidades de grande porte, com major complexidade, mas em geral com problemas de superlotação. Os serviços públicos e alguns filantrópicos, que em geral só recusam pacientes por absoluta falta de vagas, não conseguem responder à demanda, provocando em vários centros urbanos uma verdadeira peregrinação no momento do parto. Quando a mulher e/ou o recém-nascido necessitam de atenção especial (gestação de alto risco, prematuridade), a dificuldade em encontrar vagas é ainda maior, somando riscos. A demora no atendimento obstétrico tem conseqüências maternas e neonatais relevantes, além de aumento desnecessário de custos para tratamento das complicações.

E atribuição do gestor municipal e estadual conhecer a relação entre a oferta e a demanda por leitos obstétricos e planejar o sistema de atendimento desde o pré-natal até o parto, de baixo e alto risco. As vagas obstétricas, na malaria dos municípios, necessitam ser avaliadas, em conjunto com sua concentração e distribuição por complexidade. Agrava a situação o fato de que, muitas vezes, o gestor local não tem controle das vagas, estando submetido aos prestadores de serviço local, uma vez que parte dos municípios não tem leitos obstétricos próprios.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A distribuição dos hospitais segundo a natureza jurídica no Brasil apresenta a seguinte composição:



Como se observa neste gráfico, os hospitais privados e filantrópicos conveniados somam 63% do total de serviços disponíveis. A gestão das vagas, em geral, fica mais complicada, do ponto de vista gerencial, conforme este percentual aumenta, chegando em alguns municípios à totalidade dos serviços. Em relação específica às vagas obstétricas, esta questão é mais complexa porque o evento do parto é considerado urgência e atualmente precisa estar dentro dos limites de cesáreas estabelecidos por portaria ministerial. O fato mais grave é que os serviços conveniados e contratados do SUS, que detêm a maioria dos leitos obstétricos, escolhem as pacientes que serão admitidas em trabalho de parto, priorizando as de baixo risco, para evitar a assistência às intercorrências da mãe e do recém-nascido, que representarão um custo maior, e para reduzir o número de cesarianas.

Classificação dos hospitais com leitos obstétricos (maternidades), segundo número de partos anuais e natureza jurídica. Brasil, fevereiro de 1998.

Maternidade Nº de partos	Públicos			Complementar				
	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	Universitário	IGN	TOTAL
01 a 499	26	269	963	1210	954	9	3	3434
500 a 1499	15	68	137	269	391	24	1	905
1500 a 2499	2	28	28	54	92	16	0	220
2500 ou +	2	34	24	40	54	41	0	195
TOTAL	45	399	1152	1573	1491	90	4	4754

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Acesse http://BlogEnfermagem.com

É dentro deste contexto que o Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador e regulador, vem implantando um conjunto de ações, através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica. A análise destas portarias, e em alguns casos de seus impactos iniciais, compõe o panorama da assistência obstétrica atual e permite sua melhor compreensão.

- **Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998**

Esta portaria inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento **"parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra"** e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto. Atualmente, o número de enfermeiros obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizado seja bem superior àquele registrado no SUS. Por esta razão, o Ministério da Saúde esta fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Estão sendo apoiados 55 cursos que deverão formar especialistas em todo país.

A magnitude desta ação programática está representada pela capacitação de 854 enfermeiras obstetras para a rede do SUS, cerca de 50% do número de profissionais formadas nos últimos 20 anos pelas instituições de ensino superior brasileiras.

Portarias
- **MS/GM 3.016, de 19 de junho de 1998**
- **MS/GM 3.482, de 20 de agosto de 1998**
- **MS/GM 3.477, de 20 agosto de 1998**

Considerando a importância da atenção obstétrica e perinatal e a necessidade de organização desta assistência, estas portarias normatizam a implantação de programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à **gestação de alto risco.** Constitui-se em medida indispensável cormo principal objetivo de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e reduzir o índice de morbimortalidade materna e neonatal. Com os recursos aplicados, o processo de adequação das maternidades para o atendimento às gestantes de alto risco vem gradativamente se desenvolvendo em todos os estados brasileiros, com a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes.

Portarias
- **MS/GM 2.816, de 29 maio de 1998**
- **MS/GM 865, de 03 de julho de 1999**
- **MS/GM 466, de 14 de junho de 2000**
- **MS/GM 426, de 04 de abril de 2001**

Estas portarias determinam o **pagamento de um percentual máximo de cesarianas** em relação ao número total de partos de cada

Acesse http://BlogEnfermagem.com

hospital. A introdução, em 1998, destes limites percentuais para o pagamento de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, tem sido responsável, em uma primeira análise, pela redução do número de mulheres submetidas a riscos cirúrgicos desnecessários.

As taxas de cesarianas apresentadas ao Sistema Único de Saúde - SUS declinaram de 32% em 1997, para 28% em 1998, 25% em 1999 e 24% em 2000. Mesmo considerando a possibilidade de incorreções devidas à notificação de uma cesariana como parto normal, ou ainda a não apresentação ao SUS das contas referentes ao excesso de cesarianas pela instituição, a redução da freqüência de partos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde - SUS parece ter sido ainda assim significativa, a ponto de fazer declinar pela primeira vez, nos últimos vinte anos, o número total de cesarianas realizadas no Brasil.

Esses limites foram estabelecidos para serem cumpridos de forma gradual, considerando o processo de adaptação da rede hospitalar aos novos padrões e a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais em divulgar e assessorar os prestadores de serviços para implementar medidas que visem a redução dessas taxas.

Considerando as dificuldades para a redução real das taxas de cesárea, a Portaria 466 estabelece que os hospitais, sob a coordenação estadual, poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico a fim de atender as mulheres com segurança.

Esta medida representa uma tentativa de corrigir distorções geradas com as portarias anteriores, possibilitando instituições de nível terciário que atendem gestações e partos de risco poderem ter, de fato, uma porcentagem maior de cesarianas. Além disso, contempla a sobrecarga de cesarianas que as maternidades públicas e universitárias experimentaram após a implementação das portarias, por terem que absorver o excedente de potencias cesarianas recusadas pelo setor conveniado.

Esta última portaria, de abril de 2001, estabelece os limites de cesárea para este ano, por hospital, nos estados que não aderiram ao pacto de controle estadual estabelecido pela portaria anterior.

- **Portaria 2.883, de 04 de junho de 1998**
- **Portaria 1.406, de 15 de dezembro de 1999**

O Prêmio Galba de Araújo foi instituído em 1998 com o propósito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro, no momento do parto. **A avaliação de maternidades em todo país, nestes dois anos, demonstrou que é possível qualificar e também humanizar serviços, encontrando soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo, quando há o compromisso de oferecer o melhor à população.** Para esta avaliação, os critérios utilizados contemplam práticas assistenciais baseadas em evidências cientificas e que respeitam a autonomia da mulher e seu acompanhante, compreendendo o parto como um momento único na vida de cada mulher.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Portarias

- **MS/GM 569, de 01 de junho de 2000**
- **MS/GM 570, de 01 de junho de 2000**
- **MS/GM 571, de 01 de junho de 2000**
- **MS/GM 572, de 01 de junho de 2000**

Este conjunto de portarias institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados coma diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos.

No âmbito deste programa, o Ministério da Saúde revisou os manuais técnicos de Assistência Pré-Natal e Gestação de Alto Risco e, em parceria com a FEBRASGO, elaborou um Manual destinado ao atendimento das Urgências e Emergências Maternas. Estes manuais foram distribuídos para a rede de unidades básicas e hospitalares e para todos os profissionais filiados à FEBRASGO. O Ministério da Saúde também distribuiu, em parceria com a OPAS, o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal. Os serviços de saúde também receberam Cartões da Gestante e instrumental técnico para a realização do Pré-natal, compondo um kit obstétrico: estetoscópio de Pinard, fita obstétrica, disco de idade gestacional e tabela de peso/altura.

Para estimular a participação das mulheres, foram distribuídas dois milhões de agendas com informações sobre a gestação, o parto e os cuidados com os recém-nascidos.

O conjunto dessas medidas tornar-se-á efetivo quando, somados a elas, os profissionais de saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. É nessa perspective que este manual foi elaborado. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

3 PREPARANDO A MULHER PARA O PARTO

É fundamental para a humanização do parto a adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isto requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros.

O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do e processo.

É importante ressaltar que esse atendimento, quando possível, deve ser oferecido à gestante e ao acompanhante, que poderá estar a seu lado durante o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto à mulher e experiência do nascimento. O profissional de saúde desempenha um papel relevante como facilitador para o desenvolvimento desta atenção como parte dos serviços de pré-natal. Também participa das orientações, aconselhamentos específicos e atividades, no preparo da mulher e seu acompanhante para o parto.

Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir

Acesse http://BlogEnfermagem.com

orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras.

É importante considerar, nesse processo, os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais.

Os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar as seguintes medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade:

- ***manter o diálogo com a mulher e seu acompanhante, durante qualquer procedimento realizado na consulta pré-natal, incentivando-os, orientando-os e esclarecendo-lhes as dúvidas e seus temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério;***
- ***informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;***
- ***promover visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o estresse do processo de internação no momento do parto;***
- ***informar as etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, esclarecendo sobre as possíveis alterações;***
- ***adotar medidas para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento;***
- ***dar à gestante e seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto e a segurança da mulher e do recém-nascido.***

Uma série de dificuldades práticas pode surgir durante a reorganização dos serviços de saúde para propiciar à gestante/parturiente uma assistência mais humanizada. Para contorná-las, alguns serviços tem proposto a criação de grupos de apoio. A implementação de grupos de apoio, com a participação de diferentes profissionais da equipe de saúde, como enfermeira/o, psicóloga/o, assistente social, são fundamentais para garantir uma abordagem integral, e, ao mesmo tempo, específica para atender às necessidades das mulheres e de seus parceiros e familiares durante a gravidez. Assim, o principal objetivo de um grupo de apoio como este seria o de ajudar a mulher a lidar com as vivências, e cuidar de si durante sua gravidez, bem como prepará-la para o parto e a maternidade.

O grupo de apoio aborda os aspectos cognitivos, transmitindo as informações necessárias (conteúdos educativos anteriormente citados) para os cuidados com a gravidez e o recém-nascido, os aspectos emocionais e afetivos relacionados ao estado gravídico, os aspectos referentes à preparação física para o parto, como respiração, relaxamento e os exercícios físicos que contribuirão durante a gravidez e o trabalho de parto.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Uma meta importante de um serviço que contemple estes aspectos é a de implementar o atendimento específico às mulheres grávidas utilizando recursos já existentes na rede de saúde. O atendimento poderia ser desenvolvido em uma unidade de saúde já funcionando. Podem-se utilizar os mesmos consultórios da unidade de saúde para o atendimento médico, estabelecendo um horário especifico para as atividades do programa. Para os grupos de apoio, pode-se adaptar uma sala já utilizada para reuniões de grupo e ações educativas na unidade.

O objetivo destas atividades é o de complementar o atendimento realizado nas consultas, melhorar a aderência por parte das mulheres às indicações médicas, diminuir as ansiedades e medos em relação à gravidez, parto e puerpério, incluindo as vivências e necessidades da mãe e do recém-nascido, o aleitamento materno e a contracepção. Ao mesmo tempo, também o de realizar um trabalho corporal de relaxamento e respiração para melhorar a adequação corporal ao trabalho de parto e parto, favorecendo o parto normal.

Além das medidas educativas que devem ser introduzidas nos programas de pré-natal, durante a gravidez, a preparação da mulher para o nascimento compreende principalmente a adoção de medidas referentes ao trabalho corporal. O objetivo da implementação destas medidas é oferecer à mulher um melhor conhecimento da percepção corporal, bem como do relaxamento e da respiração para um melhor controle do trabalho de parto e parto. Para isso é necessário trabalhar com a gestante com exercícios próprios para cada etapa da gravidez, com o relaxamento e com os exercícios respiratórios.

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. Os exercícios respiratórios tem por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações das contrações durante o trabalho de parto. Embora realizados ainda durante o pré-natal, são dirigidos à utilização durante o trabalho de parto e parto.

O ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, conduz ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante e equipe de profissionais e indica qualidade da assistência. O recurso da música e das cores representa formas alternativas de abordagem que buscam desenvolver potenciais e/ou restaurar funções corporais da parturiente, acompanhante e da equipe profissional. A utilização de roupas confortáveis também é uma medida importante para favorecer o relaxamento.

Na literatura médica são, descritos vários métodos psico-profiláticos e de relaxamento que podem ser iniciados no pré-natal - Método de Dick-Read, Bradley e Método de Lamaze. Tais métodos pressupõem que sua utilização resulte na redução do medo, da tensão e da dor,

Acesse http://BlogEnfermagem.com

melhorando o tônus muscular e aumentando o relaxamento, desta forma favorecendo a evolução do trabalho de parto e do parto. Enfatizam a respiração lenta, o relaxamento muscular e as técnicas para os esforços de puxos.

Infelizmente, a utilização de tais métodos não tem sido motivo de estudos clínicos controlados para avaliar sua efetiva contribuição para a evolução do trabalho de parto e parto. As poucas evidências científicas disponíveis sobre este assunto têm demonstrado concretamente apenas uma diminuição na necessidade de drogas analgésicas, uma major satisfação com o processo do nascimento e nenhum efeito adverso. Entretanto, a expectativa com relação aos resultados dente tipo de intervenção deve ser claramente explicitada para que não ocorram expectativas que não correspondam à realidade.

1. MÉTODO DE DICK-READ

Considerado um dos pilares para a educação preparatória para o parto em diversos países, este método orienta sobre a fisiologia do parto, exercícios para a musculatura do períneo e do abdome, e técnicas de relaxamento. Preconiza o aprendizado do relaxamento através da concentração em cada parte do corpo, separadamente, dos pés à cabeça, contraindo e relaxando os músculos. Recomenda a presença de acompanhante, pois o fato de a mulher permanecer sozinha durante o trabalho de parto gera medo. Possui como objetivo principal evitar a tríade medo – tensão – dor, pois se baseia no fato de que o conhecimento destrói o terror e evita a tensão, controlando a dor.

Segundo este método, são três os fatores que causam medo:

a) ***sugestão*** ***– as mulheres são condicionadas negativamente em relação ao parto, desde a infância. A comunidade à qual ela pertence e os meios de comunicação exercem um importante papel nessa sugestão, ressaltando os sofrimentos do parto. Infelizmente, essa sugestão também pode partir de profissionais da área da saúde;***

b) ***ignorância*** ***– a gestante é muito ansiosa por ignorar as modificações que ocorrem em seu organismo durante o ciclo gravídico-puerperal. Com freqüência preocupa-se com o desenvolvimento fetal, sua nutrição, posição dentro do útero, malformações, etc. As gestantes poderiam ser preparadas para o trabalho de parto, sem medo e tensão, se aprendessem a encarar a gravidez e o parto como processo fisiológico; e***

c) ***desamparo psicológico*** ***– é caracterizado pelo despreparo do profissional de saúde, e também pela indiferença demonstrada na falta de apoio psicológico e informação, por dificuldade de comunicar-se, ou por achar que a parturiente não deve saber da conduta adotada.***

Acesse http://BlogEnfermagem.com

2. MÉTODO DE BRADLEY

Este método reafirma o parto como um processo normal. Tem como principal foco as variáveis ambientais, como a penumbra e o silêncio, para que o parto seja uma experiência a mais natural possível. Neste método, o acompanhante assume também um papel de grande importância.

No início do trabalho de parto a mulher é estimulada a se movimentar livremente. Ao deitar, é orientada a adotar a posição de Sims (decúbito lateral esquerdo, com os braços posicionados de maneira confortável, perna direita ligeiramente mais fletida que a esquerda e apoiada sobre a cama; deve-se colocar um travesseiro sob a cabeça para aumentar o conforto). Durante cada contração, a mulher deve fechar os olhos, relaxar todos os músculos do corpo e respirar lenta e profundamente (inspirando pelo nariz e expirando pela boca). Neste período, o acompanhante é incentivado a colocar a mão sobre abdome da mulher, durante a contração.

3. MÉTODO DE LAMAZE

Este método é também conhecido como método psico-profilático da dor. A mulher pode ser ensinada a substituir suas reações à dor, ao medo e à perda de controle, por um comportamento mais positivo. O método de Lamaze é baseado na Teoria de Pavlov sobre o reflexo condicionado. Atualmente, é o método mais popular para preparação do parto. Nele, são combinados os relaxamentos musculares controlados e as técnicas de respiração. A mulher é ensinada a contrair grupos específicos de músculos, enquanto relaxa outros. Ela também aprende a focalizar um pequeno objeto que, durante o trabalho de parto, será usado como ponto focal. O objeto é colocado onde possa ser facilmente visto pela mulher. Exercícios respiratórios são explicados detalhadamente desde o período do pré-natal ate o pré-parto/parto.

O método de Lamaze incentiva a mulher e seu acompanhante a uma participação ativa no trabalho de parto e parto. No pré-natal são, trabalhados os vários tipos de respiração nos diferentes estágios do trabalho de parto, os métodos de relaxamento de certos grupos de músculos e as medidas a serem utilizadas para aumentar o conforto durante o trabalho de parto.

Quando inicia o trabalho de parto, a mulher é orientada a inspirar profundamente, focar sua atenção num objeto selecionado e expirar lenta e profundamente, usando o peito. No final da contração, ela novamente deve inspirar. Esta respiração permitirá que a parturiente descanse e recomponha-se. Isso poderá ser feito com a mulher deambulando ou em posição de Sims. À medida que evolui o trabalho de parto, e a mulher entra na fase ativa do parto, a respiração torácica lenta já não e tão eficiente. A mulher é então, estimulada a iniciar pela respiração lenta, passar para uma mais curta, e quando a contração atingir seu pico, voltar à lento. A respiração rápida e realizada por longo período pode causar hiperventilação, um

Acesse http://BlogEnfermagem.com

estado em que se reduz o nível de pCO_2 no sangue. Esta ocorrência é indesejável para o organismo materno e fetal. Na realidade, são utilizadas variações nos padrões respiratórios, pois há algumas mulheres que descobrem um padrão respiratório próprio que lhes é mais confortável. O acompanhante tem papel fundamental no controle das contrações, incentivando a mulher a relaxar.

Os métodos contemporâneos de educação preparatória para o parto tendem a combinar aspectos das diversas abordagens dos métodos de Dick-Read, Lamaze e Bradley. Tais métodos não possuem a pretensão de substituir na íntegra os métodos farmacológicos de minimização da dor e, sim, modificar a atitude da mulher e seu acompanhante que, ao invés de ligar o parto a medo e dor, passam a aceita-lo com compreensão, segurança, tranqüilidade e com participação ativa. Considerando que muitas mulheres não têm acesso a essas orientações no período gestacional, é importante que, ao serem admitidas em trabalho de parto, recebam orientações e acompanhamento quando à realização dessas medidas educativas e de minimização de estresse e ansiedade. Tais medidas visam oferecer a estas mulheres uma postura ativa em seu trabalho de parto.

Outras medidas de relaxamento e alívio da dor

A associação de algumas medidas não farmacológicas como exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento e a deambulação auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto. Escudos recentes demonstram vantagens para a mulher que deambula ou adota outras posições que não a deitada durante o trabalho de parto. Outros estudos ainda sugerem que as contrações uterinas são mais intensas e eficientes para a dilatação do colo, somente com a mudança da posição da parturiente.

Outras medidas que podem ser utilizadas com freqüência são o banho de chuveiro ou de imersão, e massagens feitas por acompanhante ou profissional de saúde. O banho pode ser utilizado no início da fase ativa do parto, ou seja, quando as contrações começam a ficar mais intensas.

As medidas e/ou técnicas como o use de calor e frio superficiais, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, imersão na água, ervas e aromaterapia com óleos perfumados ainda não possuem escudos controlados para estabelecer sua efetividade.

O objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com mais tranqüilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

4 AVALIAÇÃO CRÍTICA DO TIPO DE PARTO

O objetivo principal dos profissionais que atendem partos, e seguramente também das mulheres que recebem seus serviços, é o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psico-social futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar.

Este objetivo ideal, contudo, é mais difícil de se atingir do que possa parecer à primeira vista. Envolve necessariamente o preparo e as expectativas da mulher, seu companheiro e familiares; os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e a gravidez/parto; a adequação da instituição ou local onde acontecerá o nascimento; a capacitação técnica do profissional envolvido com esta atenção e, fundamentalmente, sua atitude ética e humana.

Nada mais atual que a discussão sobre a via de parto, ou mais especificamente, sobre a operação cesariana como tecnologia para o nascimento. Suas propriedades, vantagens, desvantagens, indicações, custos e fatores relacionados ao aumento da incidência tem sido motivo de longas discussões, tanto de caráter científico quanto popular.

Evolução

Historicamente, a cesárea representou uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento, como mostra a tabela a seguir.

Algumas taxas internacionais de sobrevivência de cesárea, século XVIII.

País	Período	Número de casos	% mulheres que sobreviveram	Fonte
EUA	até 1877	80	48	Young (1944)
Alemanha	até 1872	712	47	Schroeder (1873)
França	até 1872	344	45	Schroeder (1873)
Reino Unido	até 1879	131	18	Radford (1880)

Fonte: Francome e cols, 1993.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia e outras áreas afins, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Essa segurança, associada ao alargamento de sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir do início da segunda metade deste século.

Desde o momento em que a morbidade e a mortalidade associadas à cesárea diminuíram, tanto para a mulher como para o recém-nascido, as indicações começaram a aumentar rapidamente. Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização de uma operação cesariana.

Não existem dúvidas sobre a importância desse procedimento cirúrgico como uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam da interrupção da gestação como a única maneira de preservar a saúde da mulher ou do feto. Esse recurso, de efeito benéfico tão claro e indiscutível, não é, todavia, ainda hoje acessível a uma grande parcela da população de mulheres das regiões menos desenvolvidas.

Por outro lado, já existem evidências suficientes que permitam dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudo-científico para um aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil. Também já é conhecido o fato de que traumatismos fetais também ocorrem em cesarianas, especialmente em casos de prematuridade.

Neste contexto, também é consenso que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e a criança. Embora nos dias de hoje muitos profissionais e mulheres pratiquem a escolha antecipada do tipo de parto, esta não é uma simples questão de preferência. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras.

A decisão pela indicação de se realizar uma cesariana deve ser médica, com a participação ativa da mulher. Ela deve saber que existem formas alternativas para se controlar a dor possivelmente associada ao trabalho de parto e que não há justificativa para se realizar uma cesariana apenas com esta finalidade. Além disso, deve ser informada também de que o parto vaginal após uma cesárea (PVAC) é não só seguro, como desejável, ajudando a evitar os problemas potencialmente decorrentes de cesáreas de repetição.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Situação Atual

A elevação nas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e, mais especificamente, no Brasil, onde chega a ser considerada epidêmica. Situações semelhantes enfrentaram ou têm enfrentado outros países como Porto Rico, Estados Unidos, Canadá e Itália, além de alguns outros europeus e latino americanos, que apresentam as maiores taxas de cesárea depois do Brasil, todas superiores ao nível máxima de 15% teoricamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Entretanto, o Brasil não é mais o campeão mundial de cesáreas. Foi já suplantado pelo Chile, na América Latina, e por alguns outros pequenos países asiáticos. O quadro abaixo mostra a porcentagem de partos por cesariana em países do continente americano, ultrapassando os 20% na maioria deles, além de alguns outros indicadores de saúde reprodutiva destes países.

Alguns indicadores de saúde reprodutiva em países das Américas

Países	% de cesárea	% mortes afecções perinatais	% BPN < 2500g	RMM / 100000NV	% PN por pessoal capacitado	% partos pessoal capacitado
Argentina	25,4	50,2	7	38	95	97
Bolívia	5	-	12	390	90	43
Brasil	28	53,9	8	45	53	97
Canadá	18	54,4	6	5,5	99	99
Chile	33	36	5	23	88	100
Colômbia	16,8	45,1	9	78	83	89
Costa Rica	20,8	50	7	17	56	98
Cuba	23	40	7	27	100	100
EUA	20	52,8	7	8,4	96	99
México	24,1	43,7	7	47	-	64
Paraguai	8,7	40,2	5	102	64	85
Peru	8,7	44,6	11	265	67	56
Rep.Dom.	25,9	-	13	110	-	95
Uruguai	21,9	55,3	8	29	92	98
Venezuela	21	46,5	9	60	26	96

BPN = baixo peso ao nascer; RMM = razão de mortalidade materna; NV = nascidos vivos; PN = partos normais
Fonte: Fescina, 2000.

É importante, ainda, considerar que os determinantes médicos, ou melhor, biológicos, para a indicação das cesáreas de fato existem e são realmente mais freqüentes em populações de menor nível de desenvolvimento. Desconhecer esta característica seria permanecer

Acesse http://BlogEnfermagem.com

alheio ao problema. É maior no Brasil que no Canadá, por exemplo, a prevalência de processos patológicos próprios ou associados à gestação e que contribuem para a indicação do parto cesariana. Porém, este argumento que justificaria a maior proporção de cesáreas entre nós do que no primeiro mundo, não serve para justificar porque o estado de São Paulo ou do Rio de Janeiro têm mais cesáreas que as regiões norte e nordeste do Brasil. Já é fato também bastante conhecido e estudado que os níveis de cesariana não se relacionam de fato com a prevalência de condições patológicas na população que poderiam explicar sua indicação. Na quase totalidade dos países onde seus índices são elevados, a prevalência e diretamente proporcional ao nível de renda da mulher.

Ainda que se considerem também os maiores riscos demográficos de parto por cesárea associados, por exemplo, à idade materna precoce ou elevada, ou ainda à paridade baixa ou muito elevada, nem todo o conjunto de possíveis indicações médicos para o parto cesárea consegue explicar a epidemia de partos operatórios abdominais em nosso país.

É bem verdade que atualmente se admitem, na Obstetrícia moderna, indicações bem mais alargadas para a realização de uma cesariana, muitas vezes sem uma justificativa obstétrica adequada. Os exemplos mais apropriados nesse sentido são o sofrimento fetal e o antecedente de cesárea. Excetuando-se as causas universalmente aceitas de parto por via cesárea, com rigorosa indicação obstétrica, estas duas causas adicionais representam, na maioria dos contextos, uma importante porcentagem de todos os partos terminados por cesárea.

Num contexto como o brasileiro, com uma alta prevalência de cesarianas, cada vez são mais freqüentes as situações de gestantes com antecedente de cesárea. E, embora pouco admitido cientificamente, a repetição das cesarianas é um procedimento bastante comum tanto no Brasil como nos Estados Unidos e em outros países com altas taxas. O significado e as possíveis conseqüências futuras da presença de uma cicatriz uterina não têm sido enfatizados e recordados o suficiente quando se indica a primeira cesárea em uma mulher. A cicatriz e a morbidade a ela associadas poderão influenciar o seu futuro reprodutivo.

A tentativa de se consegui um parto vaginal após uma cesárea prévia parece ser uma boa alternativa, adotada por todos os países desenvolvidos em suas políticas de contenção dos níveis de cesarianas. Parece ainda ser uma alternativa vantajosa, sob o ponto de vista de morbidade, tanto materna quando perinatal, às cesáreas com data e hora marcadas, procedimento tão comum na obstetrícia brasileira. É provável, contudo, que esta alternativa só consiga se difundir mais genericamente no país, na medida em que intervenções sejam firmemente dirigidas no sentido de controlar, de maneira séria e tecnicamente correta, a realização da cesariana sem justificativa médica.

Há a necessidade da informação e formação de opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que seja mais

Acesse http://BlogEnfermagem.com

benéfico para a sua saúde e a de seus filhos. Só com a aspiração e a vontade das mulheres, poder-se-ia conseguir que elas tivessem, por exemplo, um PVAC (parto vaginal após cesárea), que seus médicos concordassem e se preparassem para seguir clinicamente um trabalho de parto, convencidos de que esta fosse realmente a melhor alternativa para todos.

A vontade da mulher, e conseqüentemente de seus médicos, em se submeter a uma prova de trabalho de parto após uma cesárea tem aumentado bastante nos Estados Unidos e Canadá, a exemplo do que sempre aconteceu na Europa. É uma reivindicação que atualmente faz parte da rotina obstétrica destes países, a tentativa de parto vaginal após uma cicatriz de cesárea, para o qual dispõem de uma sigla que se tornou muito popular, "VBAC" ("vaginal birth after cesarean" ou PVAC, parto vaginal após cesárea), solicitada pela maioria das mulheres nestas condições, situação ainda muito distante de nossa realidade.

Riscos associados

Apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, mesmo nos países onde a mortalidade materna é reduzida, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. Além das causas tradicionais de morte materna em países em desenvolvimento, notadamente a hemorragia e infecção, no caso específico da cesárea, a exemplo do que acontece em países desenvolvidos, há também a contribuição da embolia pulmonar e dos acidentes anestésicos como causa de óbito materno.

Já é bastante conhecida a maior morbidade materna decorrente de complicações de cesárea, especialmente a infecção e hemorragia, embora os escudos sobre este tema sejam muito mais escassos, pela dificuldade em se padronizar e medir morbidade e também pelas variações populacionais. Outras complicações mais associadas ao procedimento incluem o tromboembolismo, a infecção urinária e, especificamente no caso das cesáreas de repetição, o acretismo placentário e suas conseqüências. Mais recentemente, a necessidade de transfusões sanguíneas e de hemoderivados associada à realização de cesáreas introduziu, ainda, os riscos associados ao procedimento, particularmente o da transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana.

Além destas, outras condições de risco estão mais associadas ao parto por cesárea, comparativamente ao parto normal. É importante que o profissional de saúde conheça tais riscos e suas possíveis repercussões para levá-los em consideração no momento de decidir pela via de parto, e também para a informar a mulher e seu companheiro, permitindo uma decisão compartilhada e consciente. Para cumprir com este objetivo de maneira clara e simples, as vantagens e desvantagens associadas ao tipo de parto estão resumidas na tabela que se segue.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Riscos potenciais associados ao tipo de parto

Risco	Parto normal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com anestesia	Anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior
Complicações	Menos freqüentes	Mais freqüentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Além da decisão obstétrica, baseada no conhecimento científico da especialidade, bem como no controle clínico de cada mulher sob cuidado, há seguramente várias ordens de fatores envolvidos, entre eles o que se refere aos abusos da intervenção médica. Enquanto prática social, o ato médico e o espaço de influência profissional têm a ver com relações econômicas, sociais, culturais e políticas, consideradas ao longo da história.

Num contexto de importância das aspirações da clientela e respeito às decisões da mulher enquanto usuária do sistema de saúde, torna-se relevante e necessário dispor de esclarecimentos a respeito das indicações precisas do recurso às cesáreas no trato de cada caso específico, ao lado do reconhecimento crítico das condições de sua utilização indiscriminada. Só a informação correta, cientificamente balizada, poderá ajudá-las na opção livre e informada, sobre a via de parto preferencial e os riscos associados.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

5 ASSISTÊNCIA À MULHER NO TRABALHO DE PARTO

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito fundamental de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranqüilidade.

A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos prazeirosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

Como condições intrínsecas à mulher e à gestação, pode-se mencionar sua idade (ou maturidade), sua experiência em partos anteriores, a experiência das mulheres que lhe são próximas (sua mãe, irmãs, primas, amigos, etc.) com seus próprios partos, se a gravidez atual foi planejada (desejada), a segurança em relação a si mesma no que concerne a seu papel de mulher e de mãe, dentre outros. Como condições relacionadas ao sistema de saúde, vale mencionar a assistência pré-natal (que pode ter incluído ou não o adequado preparo físico e emocional para o parto) e a assistência ao parto propriamente dita.

Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Entretanto, é conhecido que os hospitais também apresentam alguma resistência em modificar suas "rotinas" de obstetrícia e poucos são os que têm instalações/condições minimamente adequadas para, por exemplo, permitir a presença de um acompanhante para a gestante do SUS em trabalho de parto ou garantir sua privacidade.

Dessa forma, é fundamental que não ocorra um descompasso entre discurso e a prática e que a distância entre o que se recomenda e que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a propiciar às mulheres brasileiras - sobretudo áquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado.

Nesse sentido, o respeito à mulher e seus familiares é fundamental: chamá-la pelo nome (evitando os termos "mãezinha", "dona", etc.), permitir que ela identifique cada membro da equipe de saúde (pelo nome e papel de cada um), informá-la sobre os diferentes procedimentos a que será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, limpo, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas aliviar suas ansiedades são atitudes relativamente simples e que requerem pouco mais que a boa vontade do profissional.

As recomendações a seguir são relativas à assistência ao trabalho de parto. Partem do pressuposto de que não existe uma única assistência "ideal" *sensu latu,* mas diferentes formas de acompanhar a parturiente durante o período de dilatação, a depender das condições do local da equipe de saúde que fará esse acompanhamento.

Adotando o princípio da medicina baseada em evidências, serão discutidas algumas práticas que, embora utilizadas, carecem de demonstrações claras quanto a seus benefícios. Adotar-se-á, na medida do possível, uma seqüência cronológica dos eventos no período de dilatação, e os procedimentos adequados no acompanhamento desses eventos.

1. Aspectos Éticos

O trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional aplicável a todas as situações de atenção à saúde. A adequada identificação da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais de saúde, o vestuário adequado desses profissionais, o respeito à intimidade e à privacidade da parturiente, além dos demais aspectos que pautam a relação profissional de saúde/parturiente/ família devem ser obedecidos com rigor no manejo do parto.

2. Diagnóstico de Trabalho de Parto

O diagnóstico do trabalho de parto se faz, em geral, pela presença das seguintes condições:

- *presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de freqüência e intensidade, e que não diminuem com o repouso*

Acesse http://BlogEnfermagem.com

da gestante. O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e que dura entre 20 e 60 segundos.

- *Apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino.*

Nas fases mais iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho de parto com uma avaliação isolada. Nesses casos, reavaliar a gestante 1 a 2 horas após o primeiro exame pode ser necessário para confirmar o diagnóstico. Nesse sentido, faz-se necessário adequar a estrutura física das salas de admissão dos gestantes, para que a reavaliação nesses casos seja viável.

É importante destacar que ao final do processo gestacional, a mulher pode apresentar um quadro denominado falso trabalho de parto, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas. Algumas vezes, essas contrações são bem perceptíveis, contudo cessam em seguida e a cérvice uterina não apresenta dilatação. Tal situação promove um alto grau de ansiedade e expectativa sobre a premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurarem o hospital. O profissional deve estar atento para tais acontecimentos, a fim de se evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

A perda do tampão mucoso ou "sinal" e a formação da bolsa das águas são indicadores menos precisos do trabalho de parto, na medida em que existem grande variações individuais entre o aparecimento desses sinais e o início real do trabalho de parto.

Embora nas gestações a termo, a rotura das membranas ocorra na maioria dos casos durante o trabalho de parto, ela pode ocorrer até vários dias antes do início do mesmo (de 12 a 20%). Ainda não existem evidências claras sobre qual a melhor conduta nesses casos e várias alternativas têm sido utilizadas no manejo da rotura prematura de membranas em gestações de termo:

- *indução imediata do trabalho de parto;*
- *indução após 6-12 horas; e*
- *conduta expectante por até 48 horas, com observação da gestante, seguida de indução se o trabalho de parto não se inicia espontaneamente.*

Detalhes sobre as condutas nos casos de amniorrexe prematura estão disponíveis no manual de Gestação de Alto Risco (MS, 2000).

Qualquer que seja a conduta adotada, o toque vaginal deve ser evitado até que a gestante esteja em franco trabalho de parto, para minimizar os riscos de infecção ovular e puerperal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

3. Momento da internação

Não existe um "momento ideal" para internar a gestante em trabalho de parto. Embora o desejável seja a internação já na fase ativa, algumas gestantes poderão se beneficiar de uma internação mais precoce, ainda na fase latente: as que têm dificuldade de acesso ao local do parto e aquelas que - embora ainda não portadoras de condições que caracterizem gestação ou parto de alto risco - têm um potencial um pouco maior de apresentar complicações no trabalho de parto, como as parturientes com idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura e/ou patologias clínicas de grau leve.

4. Procedimento na admissão/internação da parturiente[5]

- Anamnese

  Nenhum atendimento em saúde, mesmo nos casos considerados de baixo risco, prescinde de uma anamnese dirigida, onde serão avaliados: antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos (onde se inclui também o levantamento de complicações de partos em gestações anteriores), data da última menstruação, informações sobre a movimentação fetal e dados e evolução de gestação atual. Estes dados já devem rotineiramente fazer parte do Cartão da Gestante que todo serviço deveria fornecer às mulheres em acompanhamento pré-natal.

- Exame clínico

  Ainda que sumária nas gestações de evolução normal (ou de baixo risco), a avaliação clínica da gestante deve incluir medida dos dados vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, a presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores e a ausculta cardíaca e pulmonar.

- Exame Obstétrico

  A ausculta da freqüência cardíaca fetal (antes, durante e após a contração uterina), a medida da altura uterina, a palpação obstétrica (para determinar a situação, posição, apresentação e insinuação) são, procedimentos obrigatórios na admissão da gestante.

  Se existe suspeita de amniorrexe prematura ou sangramento genital, o exame especular deve ser rotina, precedendo a decisão pela realização do toque.

  Os toques vaginais subseqüentes ao do diagnóstico podem ser postergados, até que a gestante se encontre na fase ativa do trabalho de parto, e deve ser utilizado com muita parcimônia nos casos de suspeita/confirmação de amniorrexe prematura. Quando existe sangramento vaginal, o toque deve ser realizado em condições controladas, pois pode se tratar de caso de

Acesse http://BlogEnfermagem.com

placenta prévia, condição em que o toque pode provocar piora da hemorragia, com possíveis repercussões maternas e fetais.

- Tricotomia

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando a redução na incidência de infecções de episiotomia, a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto.

Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização poderá gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução e quando os pelos começam a crescer e o risco de transmissão de doença, quando da utilização de lâminas não descartáveis.

Por essas razões e considerando o custo adicional para sua realização, recomenda-se que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente.

- Enteroclisma

Embora os benefícios tradicionalmente atribuídos à realização de enteroclisma (ou enema) rotineiro no início do trabalho de parto (menor risco de infecção local, major facilidade para a descida da apresentação e influência positiva sobre a contratilidade uterina) venham sendo cada vez mais questionados em vários escudos bem controlados, o abandono da sua prática merece ainda alguma reflexão.

Se por um lado, a realização da lavagem intestinal gera a parturiente algum desconforto durante sua execução e incrementa os custos de assistência ao parto, o conforto posterior da mulher e da própria equipe de saúde deve ser valorizado. Evacuar no momento do período expulsivo, com a sua genitália exposta, pode ser constrangedor para muitas mulheres. Por outro lado, nem sempre a equipe de saúde presente na sala de parto consegue lidar bem com tal situação, o que pode aumentar ainda mais o constrangimento da mulher.

Dessa forma, a decisão de realizar ou não o enteroclisma deve levar em conta essas condições, valorizando principalmente a opinião da parturiente. Esta, para poder decidir de forma consciente, deve receber orientação não tendenciosa durante o pré-natal, para que no momento da internação para o parto possa fazer a sua escolha. Não se deve onerar a gestante em trabalho de parto com um excesso de informações, obrigando-a a tomar decisões em um contexto onde ela necessitaria de um tempo maior e de mais tranqüilidade para fazê-lo.

5. Alimentação

Na fase latente do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco para cesárea deverão ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Como durante essa fase, a maioria das gestantes permanece em casa, essa orientação deve ser dada ainda durante o pré-natal. Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida, para as gestantes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas sem polpa, chá, café, refrigerante). Evidentemente, o bom senso e uma decisão conjunta entre o obstetra e o anestesista podem permitir a individualização de cada caso.

Todavia, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, com vias aéreas de difícil acesso) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se inclusive a ingestão de líquidos claros.

Nos casos de cesáreas eletivas, o período de jejum para a realização do procedimento anestésico deve ser similar àquele adotado no serviço para procedimentos cirúrgicos em geral de mulheres não grávidas.

6. Higiene da parturiente

Durante o trabalho de parto, a gestante perde secreções pela vagina e freqüentemente apresenta sudorese considerável. Ela deve, portanto, ser estimulada a se higienizar e devem estar disponíveis para ela condições para tanto. Um banheiro com chuveiro, toalhas, sabonetes e troca freqüente de sua "bata" ou camisola, do "forro" e da roupa de cama gerarão uma sensação de maior conforto e bem-estar, tão desejável durante esse período.

Os banhos de chuveiro com água morna têm sido utilizados, de forma empírica, para aliviar a dor do trabalho de parto. Mesmo que não exista ainda comprovação científica em relação a isso, a sensação de relaxamento físico e mental após um banho pode contribuir para o bem estar das gestantes.

7. Posição de parturiente

Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência e, em geral de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha.

Quando deitada, a gestante deve ser orientada a não permanecer em decúbito dorsal horizontal porque essa posição reduz o fluxo sangüíneo uterino e placentário. Ou seja, quando deitada, a gestante deve adotar o decúbito lateral, tanto direito quanto esquerdo.

A posição vertical (parada ou deambulando) parece favorecer o trabalho de parto. Exceções a essa regra são as gestantes que apresentam rotura de bolsa com cabeça não encaixada (para evitar

Acesse http://BlogEnfermagem.com

o prolapso do cordão) e aquelas que apresentem sangramento genital moderado ou severo.

8. Amniotomia

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desacelerações precoces da FCF e alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea). Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas.

Dessa forma, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias funcionais. É importante esclarecer que a amniotomia não é um procedimento obrigatório quando da realização de analgesia de parto.

9. Partograma: acompanhamento gráfico do trabalho de parto

O partograma na avaliação e documentação da evolução do trabalho de parto é um instrumento de importância fundamental no diagnóstico dos desvios da normalidade. O Capítulo 6 trata deste assunto com detalhes.

10. Vigilância da vitalidade fetal

O controle rigoroso da freqüência cardíaca fetal (FCF) durante o trabalho de parto assegura, na quase totalidade dos casos, a adoção de medidas apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições.

Mesmo a gestação de baixo risco não prescinde do controle periódico da FCF, quer com a utilização do estetoscópio de Pinard, quer com o uso do sonar-doppler. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, esse controle pode ser feito a cada 60 minutos, reduzindo-se esse intervalo para 30 minutos conforme progride a fase ativa do trabalho de parto. Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da FCF pode ser contraproducente: limita a movimentação da mulher, restringindo-a ao leito, e tem um potencial de gerar um maior número de intervenções desnecessárias.

É importante enfatizar que, quando existe **excesso de contratilidade uterina** (taquissistolia, hipertonia), quer espontânea, quer iatrogênica, o sofrimento fetal agudo pode se instalar em poucos minutos, o que exige uma vigilância contínua da FCF até que o quadro seja revertido. Embora nestes casos seja desejável o uso de monitores fetais na vigilância contínua da FCF, estes podem ser substituídos pela presença do profissional de saúde ao lado da parturiente, com a vantagem de que essa presença pode contribuir para a tranqüilização da mulher e, conseqüentemente, a resolução mais rápida da hipercontratilidade uterina.

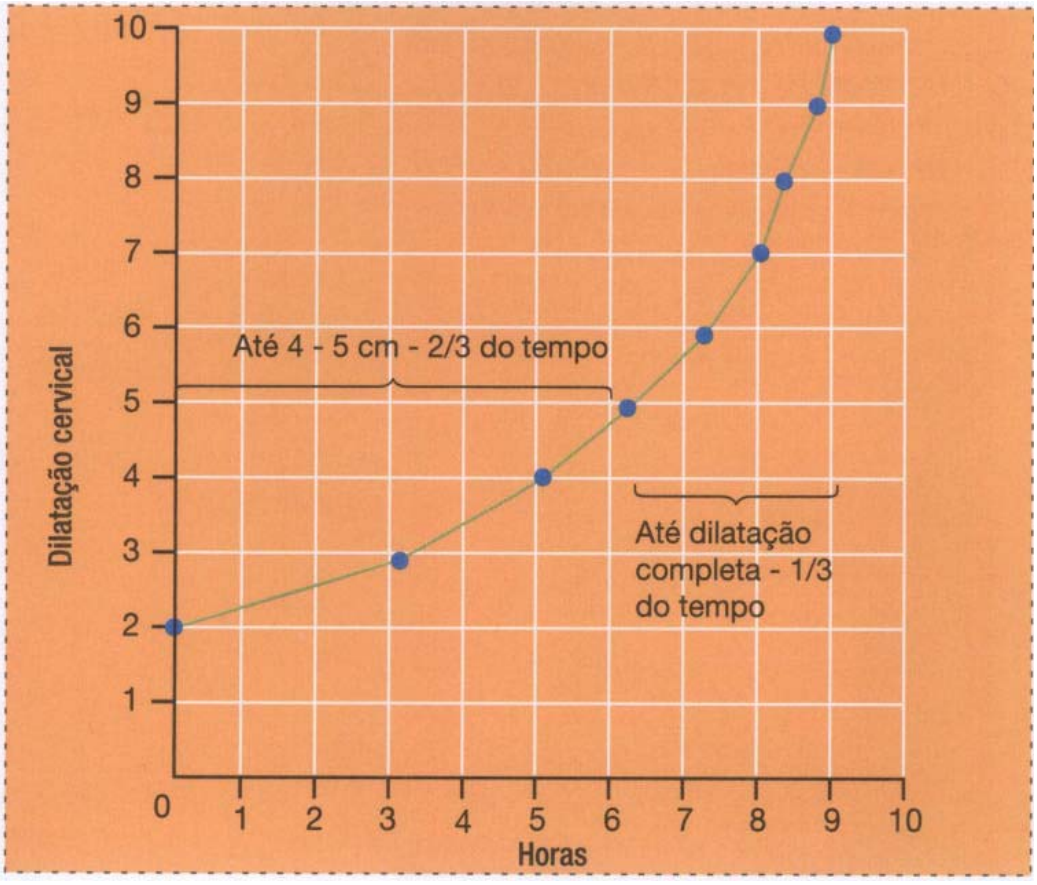
Acesse http://BlogEnfermagem.com

USO DO PARTOGRAMA NO ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO

Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

Para compreender a evolução do trabalho de parto, é necessário o conhecimento prévio da fisiologia da dilatação cervical. De acordo com o Centro Latinoamericano de Perinatologia - CLAP (Schwarcz et al., 1996), a curva de dilatação cervical se processa de forma ascendente, de início com menor velocidade de dilatação. No final, essa velocidade aumenta, ou seja, o parto se desenvolve mais rapidamente a partir dos 4 cm de dilatação. A diferenciação na velocidade da cérvico-dilatação caracteriza a Fase Latente (inicial) e a Fase Ativa (final), de interesse na evolução do trabalho de parto e na construção do partograma (Figura 1).

Figura 1 - Curva de evolução da cérvico - dilatação (Schwarcz et al.. 1996)



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Friedman (1978) estabeleceu uma correspondência entre os períodos clássicos, especificamente entre os períodos de dilatação e expulsivo, e as assim denominadas "divisões funcionais" do parto. Considerou o período de dilatação subdividido em duas fases - a preparatória e a de dilatação propriamente dita. O período expulsivo passou a ser considerado por esse autor como período pélvico, ou seja, período em que se processam os fenômenos mecânicos do parto.

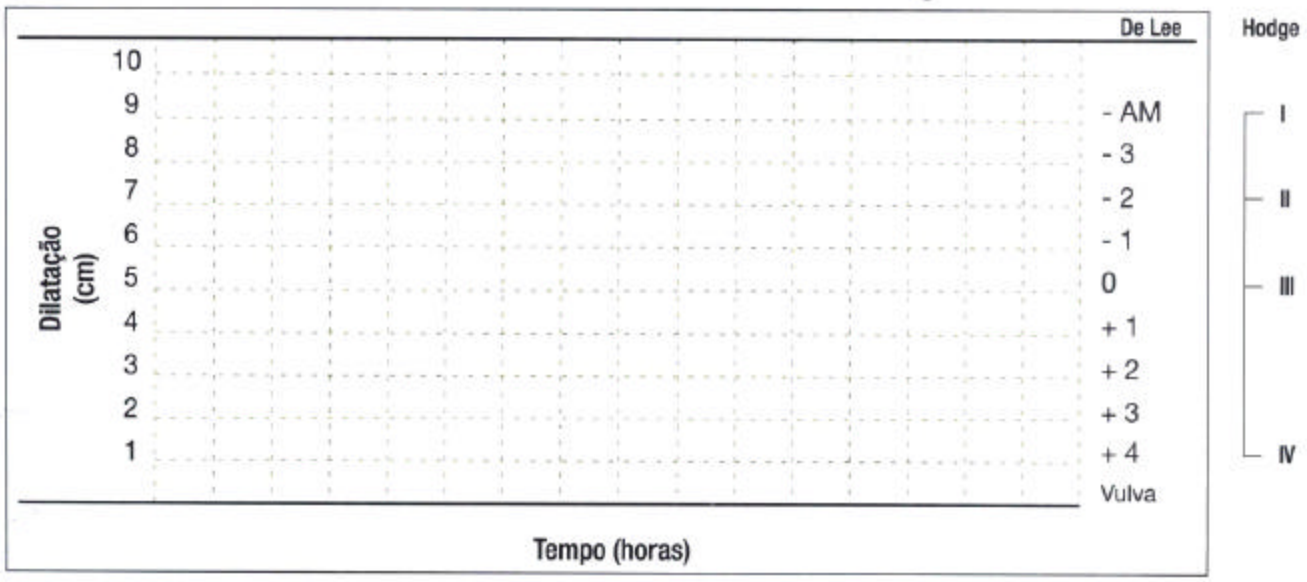
Na fase latente do trabalho de parto a conduta é expectante, desde que a vitalidade fetal esteja preservada, e o ideal é que as parturientes sejam acompanhadas de ambulatório quando não se tratar de gestação de risco. Observa-se que, em muitas mulheres, a duração é superior a 20 horas e os ocitóocicos devem ser evitados, pelo risco de aumento na incidência de cesárea, decorrente do colo uterino desfavorável. **Os sinais de alerta, como perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos e diminuição dos movimentos fetais, são orientações para que a parturiente retorne ao hospital no momento adequado.**

É importante relembrar que, para o acompanhamento do trabalho de parto, a fase ou divisão funcional de interesse na aplicação do partograma é a de dilatação (Friedman, 1978) ou fase ativa (Schwarcz et al., 1996), com velocidade de dilatação cervical mínima de 1 cm/hora. A abertura do partograma na fase latente ou no inicio da dilatação (menor que 3 - 4 cm) implicaria em intervenções não só desnecessárias, mas também iatrogênicas.

Os benefícios da interpretação gráfica da evolução do trabalho de parto são inúmeros e o método é simples, podendo ser feita em qualquer folha de papel. Na forma mais comum de montagem do partograma, utiliza-se de papel quadriculado, colocando na abscissa (eixo X) o tempo em horas e, nas ordenadas (eixo Y), em centímetros, a dilatação cervical à esquerda e a descida da apresentação à direita. Para a descida da apresentação, considera-se o plano zero de De Lee ou o correspondente plano III de Hodge - espinhas ciáticas no estreito médio da bacia - acima deste ponto estão os valores negativos e abaixo os positivos de De Lee ou , respectivamente, os planos I, II e IV de Hodge (Figura 2).

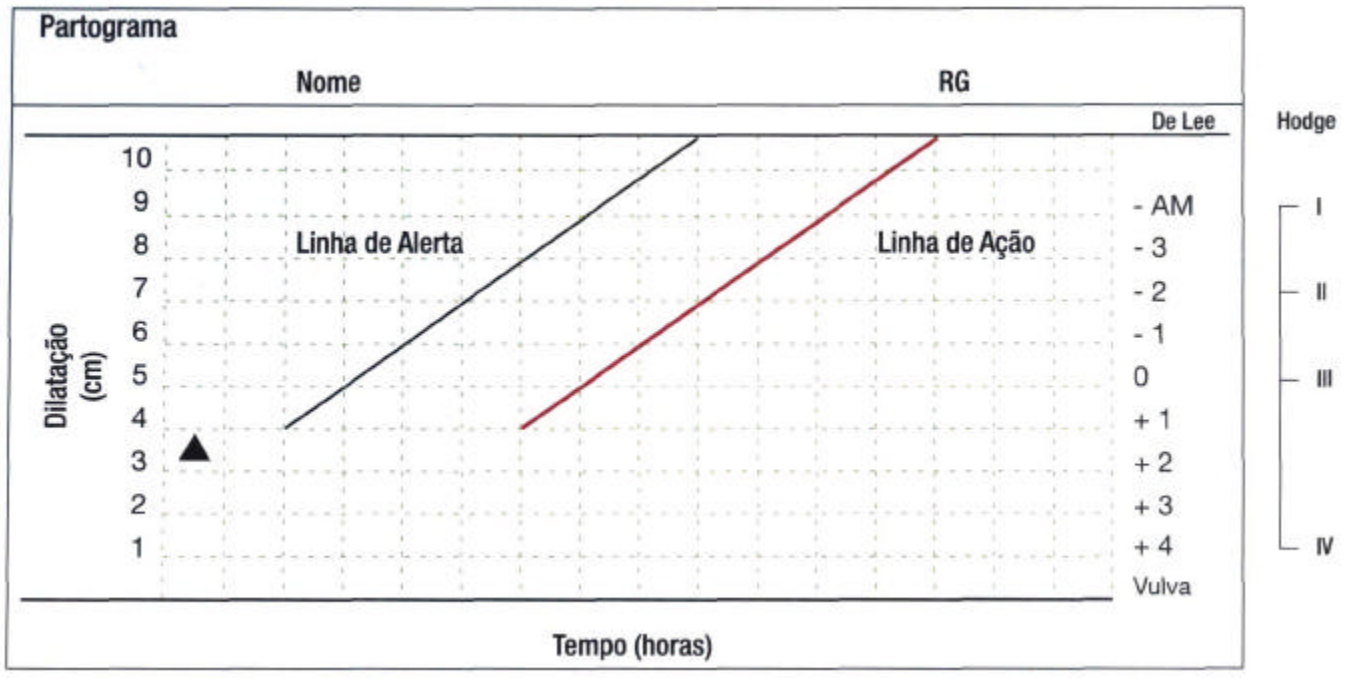
Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 2 - Partograma em papel quadriculado: Marcadores dos eixos X (abscissa) e Y (ordenadas), com os planos de De Lee e de Hodge



A forma dos gráficos foi adaptada para diferentes necessidades. Uma das mais importantes foi a de Phillpott & Castle (1972) que trabalhava na antiga Rodésia, onde a maioria dos partos era realizada por parteiras e havia necessidade de orientá-las no encaminhamento dos partos disfuncionais para o hospital. Com base nos conhecimentos originais da dilatação cervical, construíram uma linha de alerta, que servia para identificar as pacientes com parto de risco. Quando a dilatação cervical cruzava a linha de alerta, a paciente deveria ser encaminhada ao hospital. Num intervalo de 4 horas, padronizaram a linha de ação, paralela à de alerta, porque este era o tempo de transporte da parturiente para centros médicos, onde se efetuavam partos operatórios (Figura 3).

Figura 3 - Linha de alerta e linha de ação (Phiipott & Castle, 1972)



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Atualmente, o registro gráfico do parto é realizado em ambiente hospitalar e, portanto, não há a necessidade de intervenção quando a dilatação atinge ou cruza a linha de alerta. O alerta implica, simplesmente, a necessidade de uma melhor observação clínica. Somente quando a curva da dilatação cervical atinge a linha de ação é que a intervenção médica torna-se necessária, na tentativa de melhorar a evolução do trabalho de parto e corrigir possíveis distócias que possam estar se iniciando. Isto não significa necessariamente conduta cirúrgica.

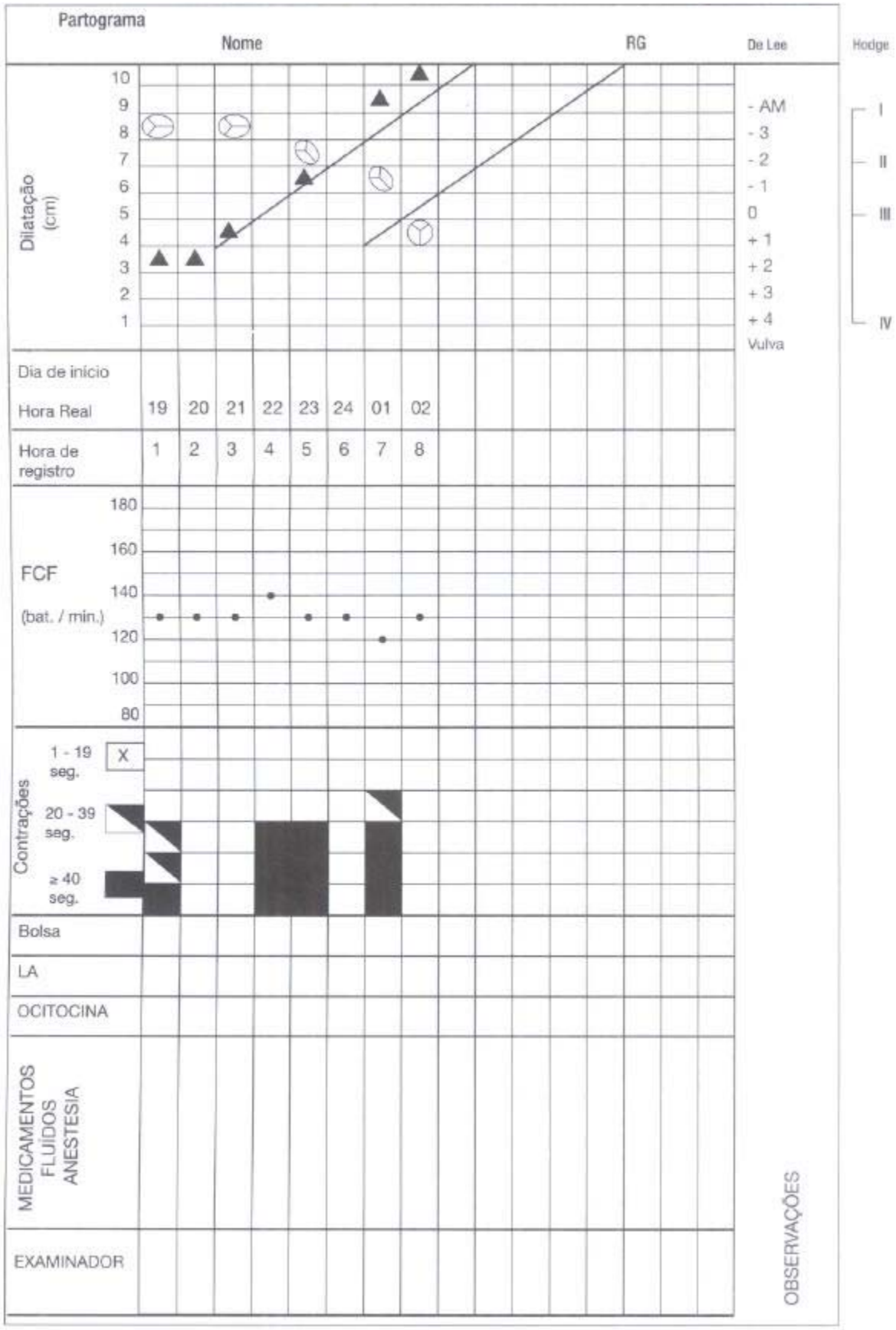
Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias, exigindo da equipe uma padronização completa.

1. **No partograma cada divisória corresponde a uma hora na abscissa** (eixo x) e a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo y).
2. Inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, dilatação cervical mínima de 3 cm). Em caso de dúvida, aguardar 1 hora e realizar novo toque: velocidade de dilatação de 1cm/hora, verificada em dois toques sucessivos, confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto.
3. Realizam-se toques vaginais subseqüentes, a cada duas horas, respeitando em cada anotação o tempo expresso no gráfico. Em cada toque deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico, quando a bolsa estiver rota – por convenção, registra-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectiva variedade de posição são representadas por uma circunferência.
4. O padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais, a infusão de líquidos e drogas e o uso de analgesia devem ser devidamente registrados.
5. A dilatação cervical inicial é marcada no ponto correspondente do gráfico, trocando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e em paralelo, quatro horas após, assinala-se a linha de ação, desde que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto (Phillpot & Castle, 1972).

Na ficha de acompanhamento do trabalho de parto, além das anotações referentes à cérvico-dilatação (partograma), podem também ser registradas a freqüencia cardíaca fetal (FCF), as características das contrações uterinas, as condições da bolsa das águas e líquido amniótico, a infusão de líquidos e as especificações da analgesia (Figura 4).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

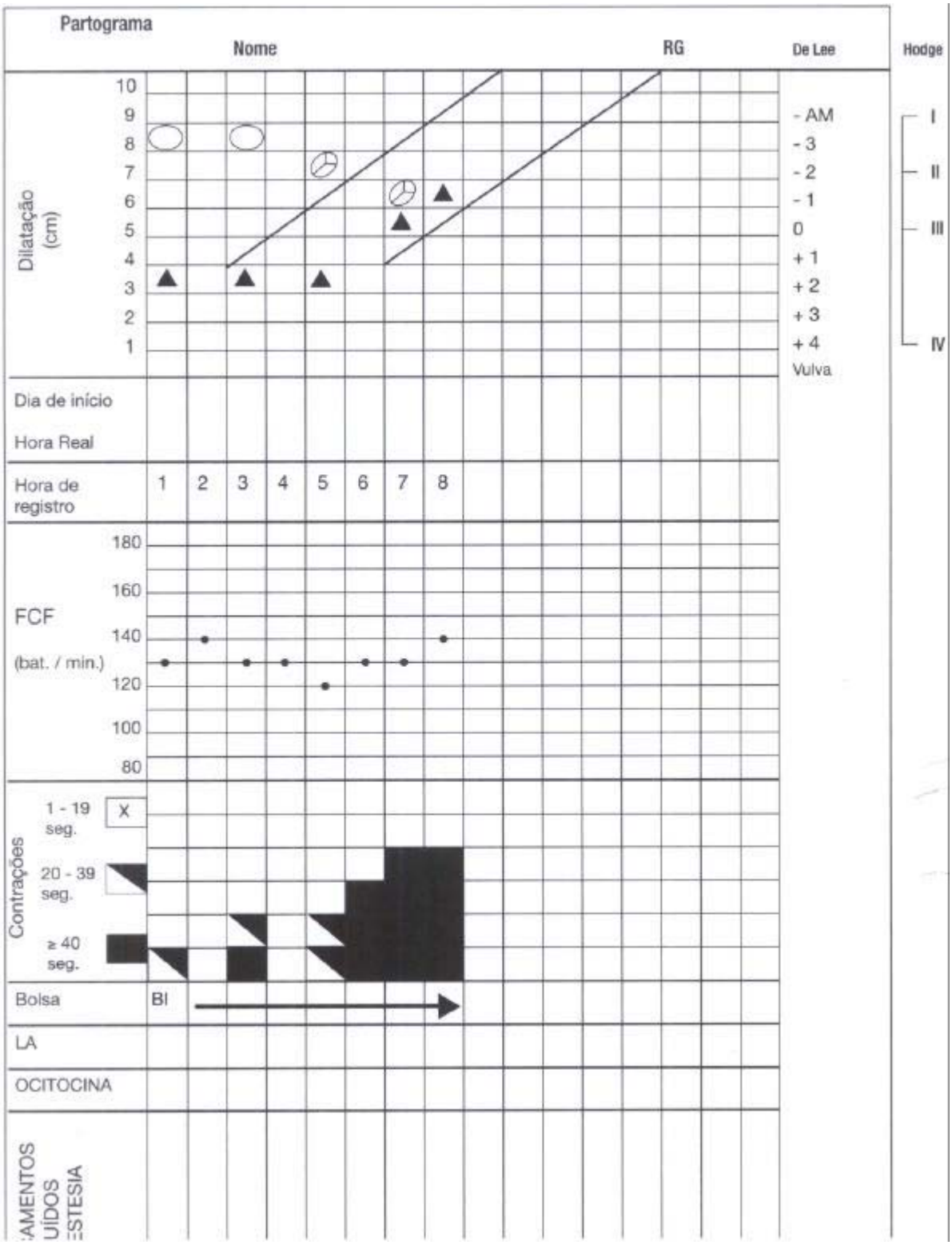
Figura 4 - Modelo de ficha com partograma, e respectivas linhas de alerta e ação, e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na evolução normal do trabalho de parto, a curva de dilatação cervical se processa à esquerda da linha de ação. Quando essa curva ultrapassa a linha de ação, trata-se de um parto disfuncional. A construção correta da linha de alerta e de ação é fundamental para que se evitem erros na interpretação do parto (Figura 5).

Figura 5 - Erro na construção do partograma - iniciado na fase latente do trabalho de parto



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na realidade, vários aspectos devem estimular o aprendizado do uso do partograma na assistência clínica ao parto, considerando ainda que **a OMS tornou obrigatório o partograma nas maternidades desde 1994.** O seu uso facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes e a passagem de plantão do pré-parto, favorecendo também a utilização racional de ocitócicos e analgesia. Dessa forma, o uso do partograma deverá interferir sobretudo na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua utilidade também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções.

A identificação das distócias é feita pela observação das curvas de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma. As distócias de cada período funcional do parto estão na Tabela 1.

Tabela 1 – Distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir das linhas de ação

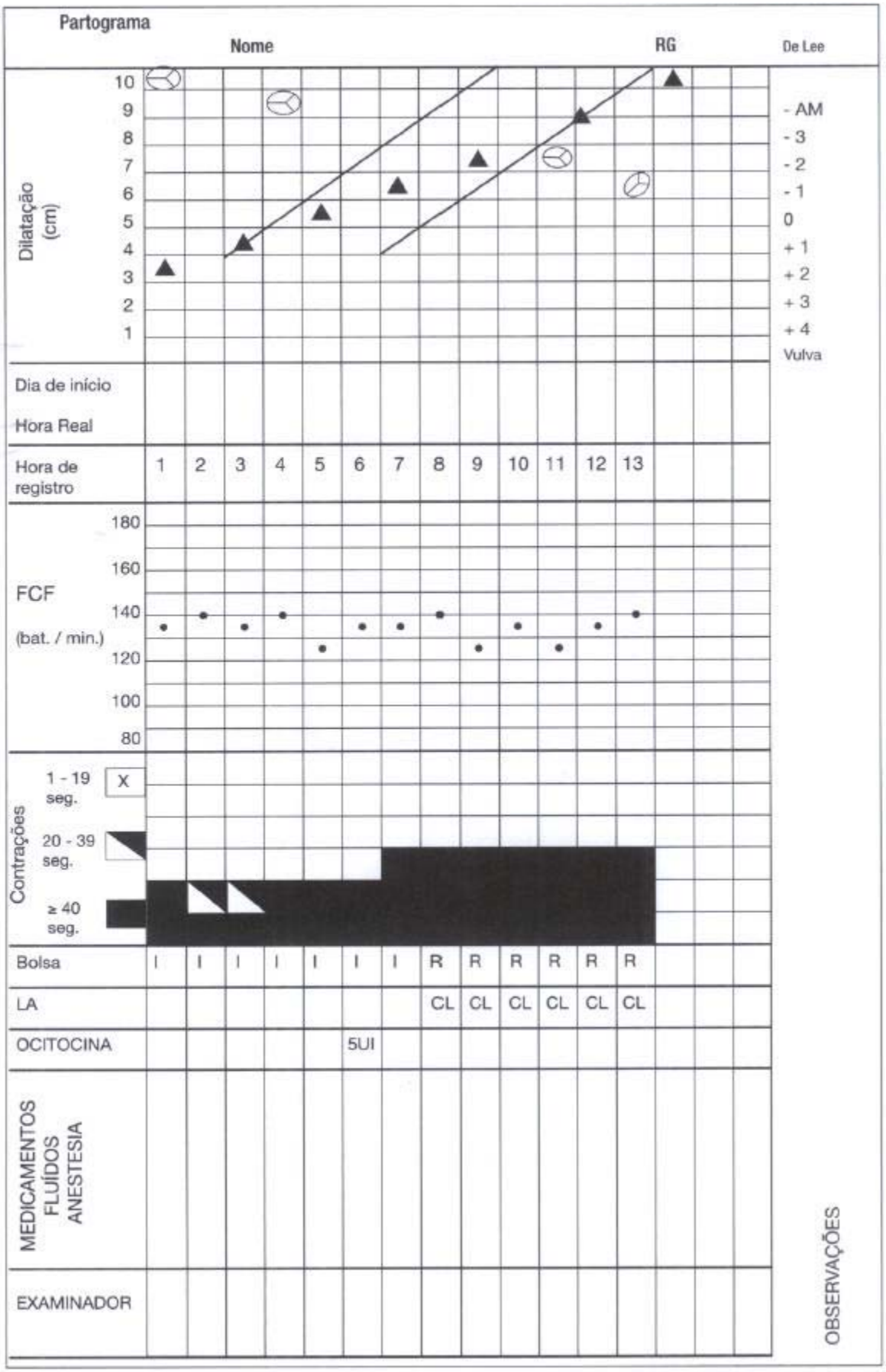
Períodos do parto	Distócias diagnosticadas
Dilatação	Fase ativa prolongada Parada secundária dilatação Parto precipitado
Pélvico	Período pélvico prolongado Parada secundária descida

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na **fase ativa prolongada** ou distócia funcional, a dilatação do colo uterino ocorre lentamente, numa velocidade menor que 1 cm/hora (Figura 6). A curva da dilatação ultrapassa a linha de alerta e, ás vezes, a linha de ação. Essa distócia geralmente decorre de contrações uterinas não eficientes (falta de motor). A correção é feita inicialmente pelo emprego de técnicas humanizadas de estímulo ao parto normal (ver Capítulo 3), por exemplo estimulando-se a deambulação e, se necessário, posteriormente pela administração de ocitocina ou rotura artificial da bolsa das águas.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 6 – Fase ativa prolongada

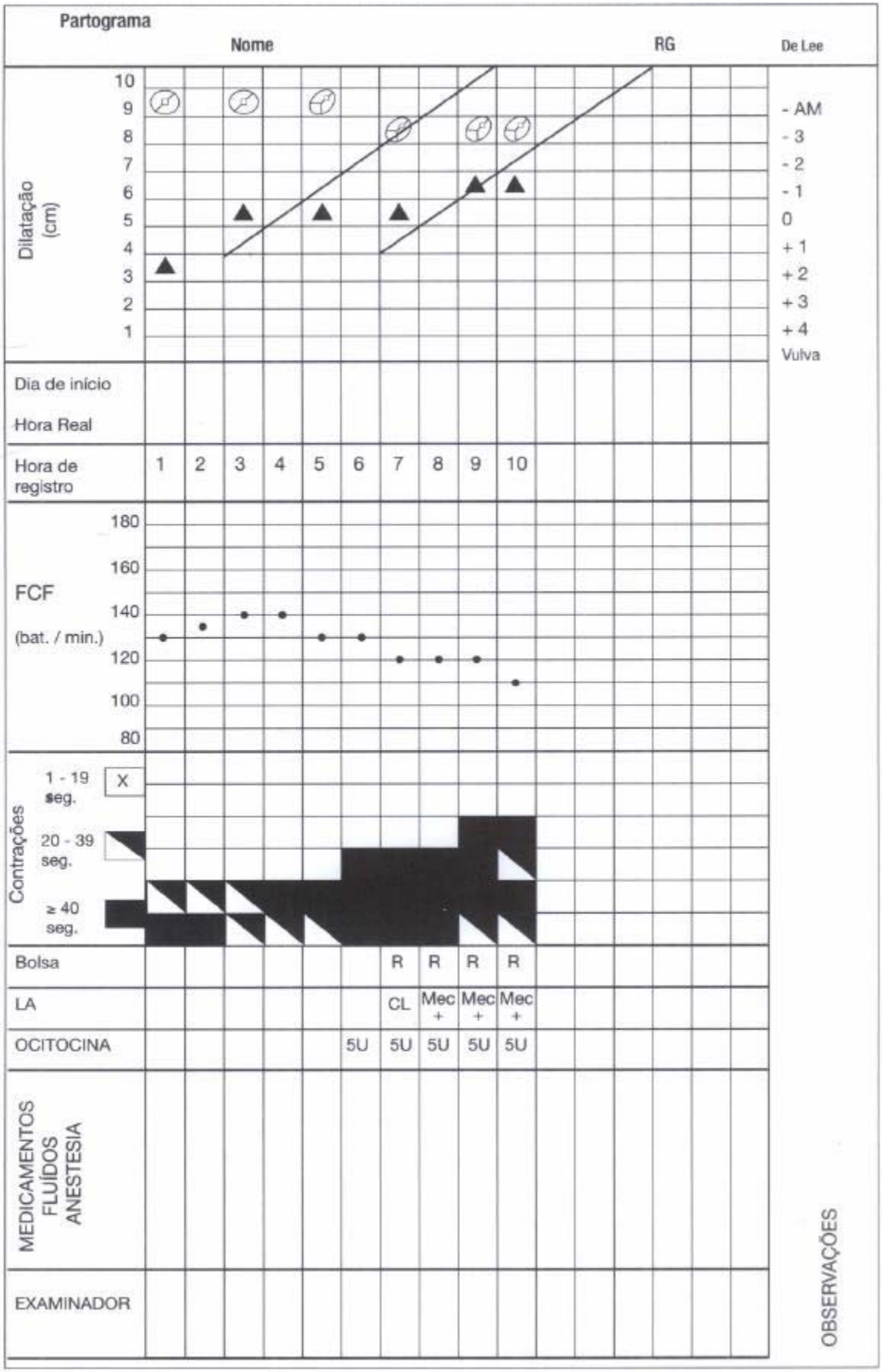


Acesse http://BlogEnfermagem.com

A parada secundária da dilatação é diagnosticada por dois toques sucessivos, com intervalo de 2 horas ou mais, com a mulher em trabalho de parto ativo. Nesse tipo de distócia, a dilatação cervical permanece a mesma durante duas horas ou mais, ultrapassa a linha de alerta e, por vezes, a linha de ação (Figura 7). Há associação freqüente com sofrimento fetal agravando o prognóstico perinatal. A causa principal e a desproporção céfalo-pélvica relativa ou absoluta. **Desproporção céfalo-pélvica absoluta** traduz tamanho do pólo cefálico maior que a bacia (feto macrossômico) ou feto de tamanho normal e bacia obstétrica inadequada. Na vigência de desproporção céfalo-pélvica absoluta, a resolução da gestação é feita por cesárea. Considera-se **desproporção relativa** quando existe defeito de posição da apresentação: deflexão ou variedades de posição transversas ou posteriores. Nestas condições, a deambulação, a rotura artificial da bolsa das águas ou a analgesia peridural podem favorecer a evolução normal do parto. Nos casos de membranas rotas, a deambulação só deve ser recomendada com o pólo cefálico completamente apoiado na bacia materna, para evitar a ocorrência de prolapso de cordão umbilical. A resolução por cesárea deverá ser indicada quando esses procedimentos não forem eficientes para corrigir a evolução anormal da cérvico-dilatação observada no partograma.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 7 – Parada secundária da dilatação

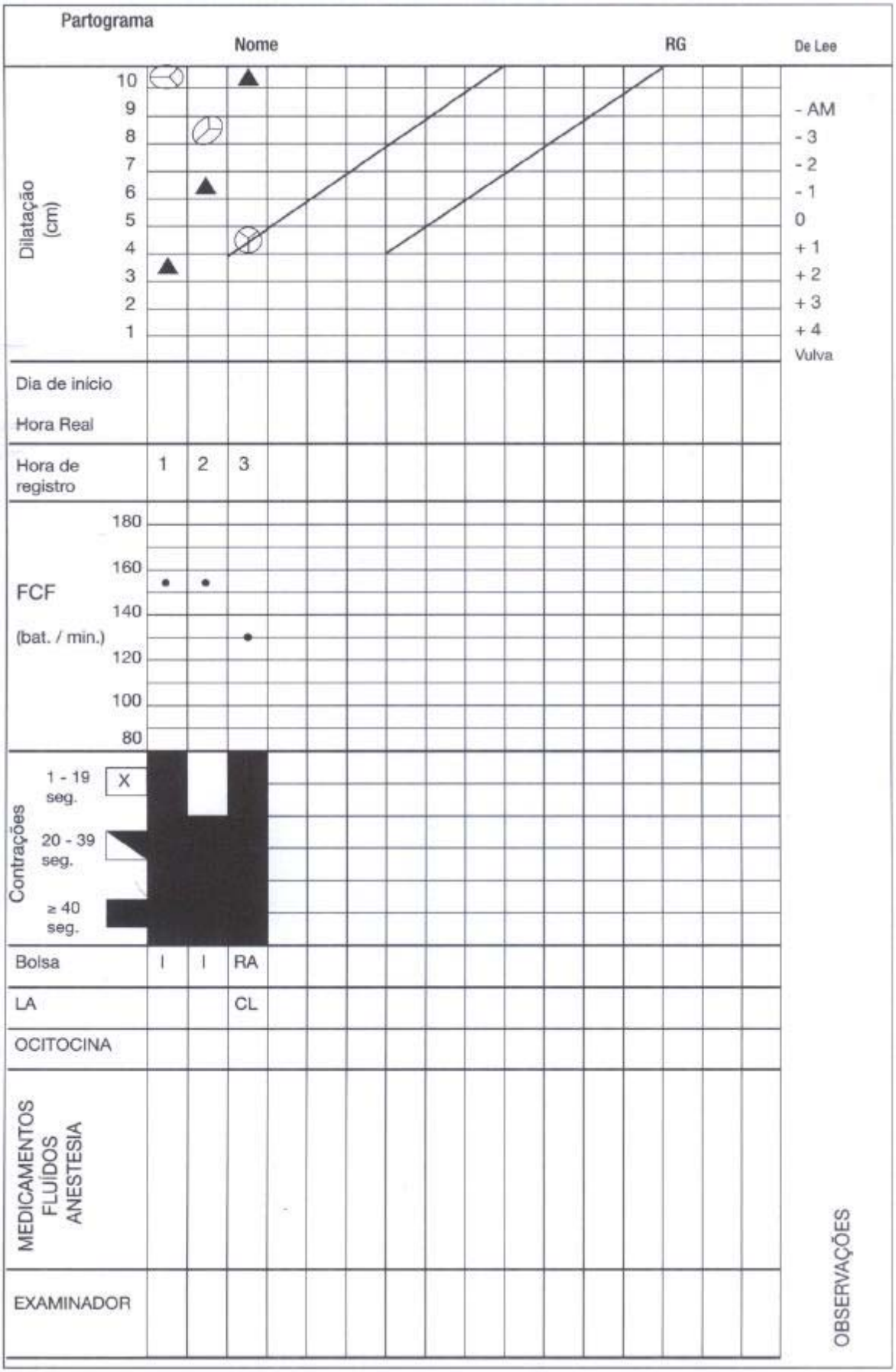


Acesse http://BlogEnfermagem.com

O **parto precipitado** ou taquitócico é diagnosticado quando a dilatação cervical e a descida e expulsão do feto ocorrem num período de 4 horas ou menos (Figura 8). O padrão da contratilidade uterina é de taquissistolia e hipersistolia e, caso a placenta esteja no limite de sua função, pode ocorrer o sofrimento fetal. Lacerações do trajeto também são mais freqüentes neste tipo de parto, pois não há tempo para acomodação dos tecidos pélvicos, ocorrendo descida e expulsão do feto de modo abrupto. O parto taquitócico pode ser espontâneo em multíparas, sendo mais raro em primíparas. Também pode acontecer em decorrência de iatrogenia pela administração excessiva de ocitocina. Neste caso, deve-se suspender a infusão de ocitocina até o retorno a um padrão contratural normal. **Orienta-se atenção à vitalidade fetal no período de dilatação cervical e revisão detalhada do canal de parto após a dequitação.**

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 8 – Parto precipitado

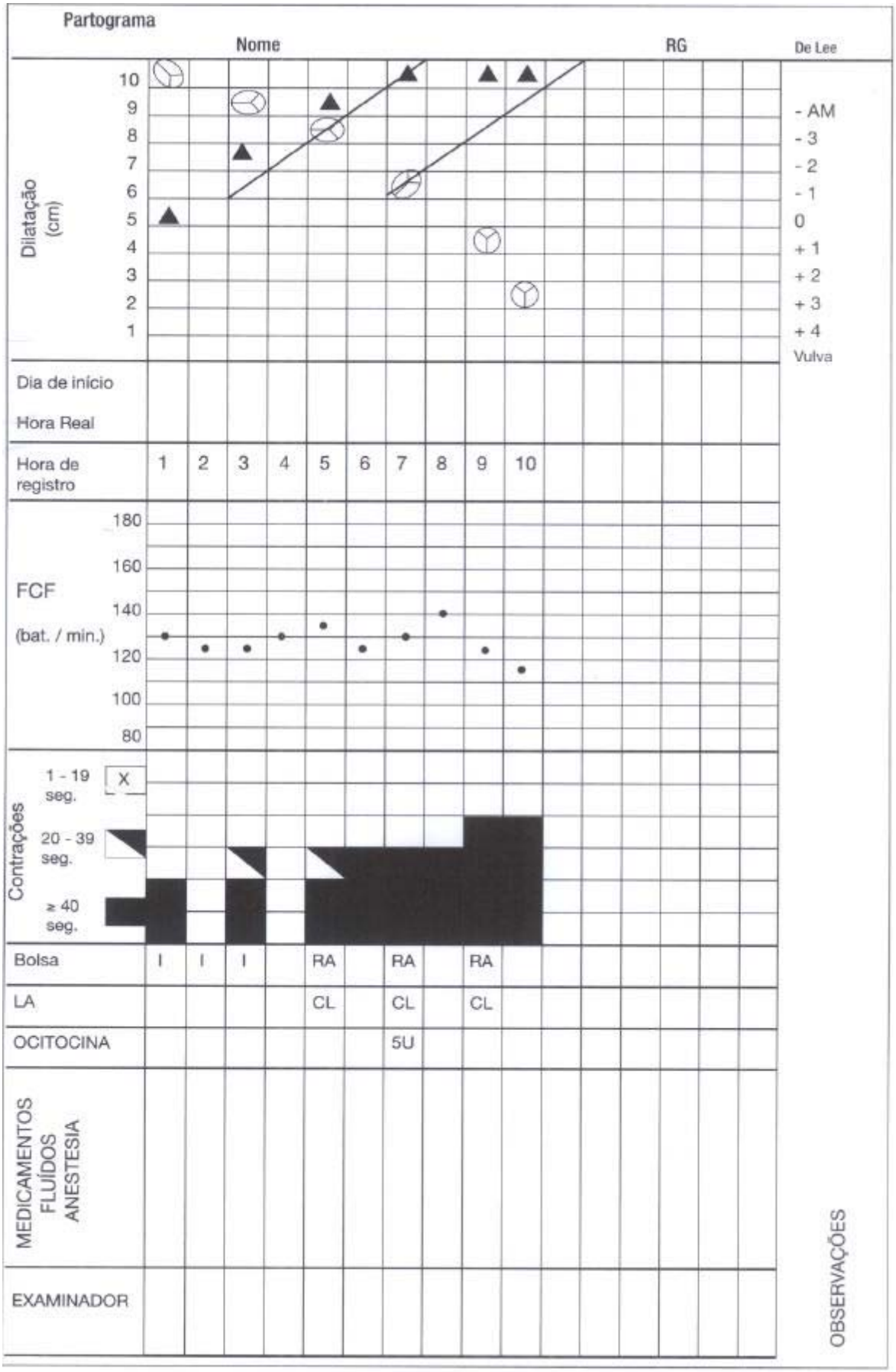


Acesse http://BlogEnfermagem.com

O **período pélvico prolongado** manifesta-se no partograma com a descida progressiva da apresentação, mas excessivamente lenta (Figura 9). Nota-se dilatação completa do colo uterino e demora na descida e expulsão do feto. Essa distócia geralmente está relacionada à contratilidade uterina deficiente e sua correção é obtida pela administração de ocitocina, rotura artificial da bolsa das águas e, ainda, pela utilização do fórcipe, desde que preenchidos os pré-requisitos para sua aplicação. Também recomenda-se a posição verticalizada para favorecer a descida da apresentação.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 9 – Período pélvico prolongado

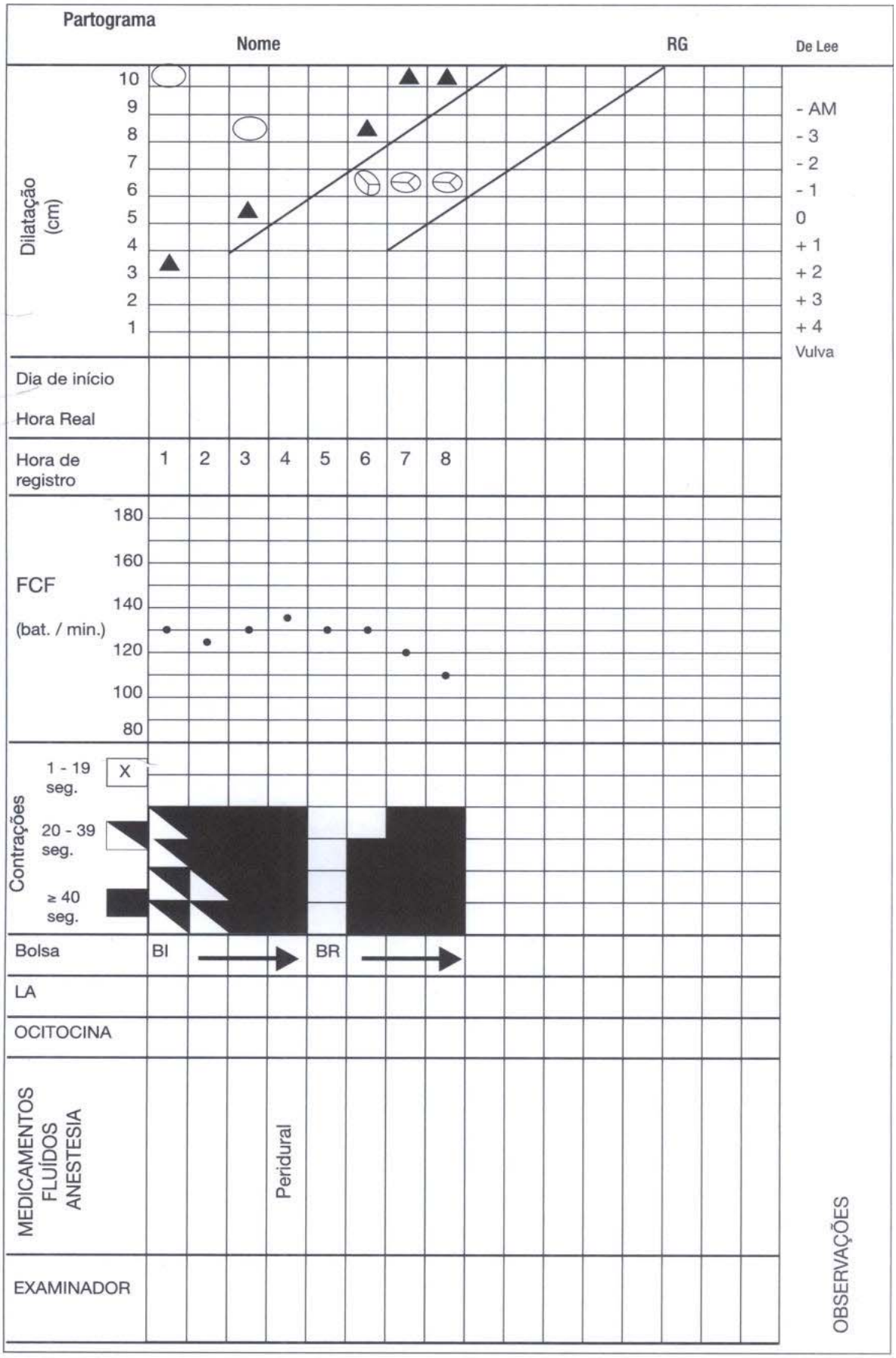


Acesse http://BlogEnfermagem.com

A parada secundária da descida é diagnosticada por dois toques sucessivos, com intervalo de 1 hora ou mais, desde que a dilatação do colo uterino esteja completa. Considera-se que há parada secundária da progressão da apresentação quando ocorre cessação da descida por pelo menos 1 hora após o seu início (Figura 10). Deve ter pronta correção. Há necessidade de se reavaliar as relações feto-pélvicas, pois a causa mais freqüente desse tipo de distócia é a desproporção céfalo-pélvica relativa ou absoluta. A presença de desproporção absoluta leva à indicação de cesárea. Na vigência de desproporção relativa, com pólo cefálico profundamente insinuado e cérvico-dilatação completa, é válida a tentativa de fórcipe de tração ou rotação, dependendo da variedade de posição.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 10 - Parada secundária descida



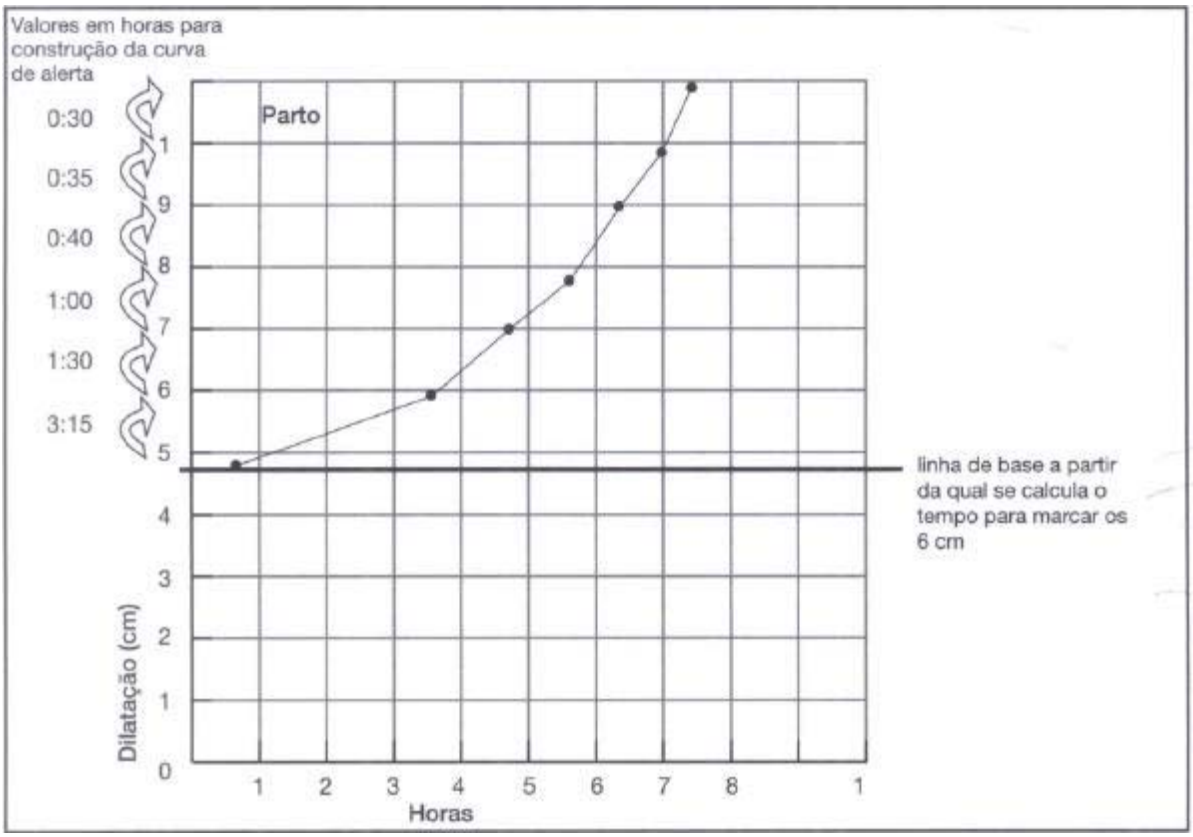
Acesse http://BlogEnfermagem.com

São vários os modelos de partogramas apresentados na literatura e qualquer deles atinge o mesmo objetivo - a melhoria da qualidade de assistência ao parto. 0 CLAP (Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano) padronizou um modelo próprio e a OMS também divulgou um outro tipo de partograma, com linhas de alerta e de ação, de aplicação universal. Uma comparação dos partogramas do CLAP (Schwarcz et al., 1996) e o de Philpott & Castle (1972) adotado pela OMS, salienta os seguintes resultados (Sanchez, 1999):

1. Os dois modelos foram concordantes em 90,4% das indicações da via de parto
2. A Facilidade de construção e a praticidade de aplicação do partograma de Philpott & Castle (1972) falam a favor de sua escolha em relação ao do CLAP na prática diária.

Na utilização prática do partograma do CLAP, pode-se simplificar sua construção, utilizando-se apenas a curva de dilatação cervical mais lenta, que se refere às mulheres deitadas, nulíparas e com membranas íntegras (Figura 11).

Figura 11 - Curva de dilatação em nulíparas, na posição horizontal e com membranas íntegras (Schwarcz et al.. 1996).



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Vale ser reforçado que os serviços e profissionais habituados à utilização deste instrumento não precisam trocá-lo, pois ambos os modelos são concordantes na grande maioria dos diagnósticos (Sanchez, 1999).

O partograma é um verdadeiro retrato de corpo inteiro da evolução de determinado parto. A importância do partograma confirma-se quando, num momento definido, avaliamos a evolução do parto como um todo: a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a freqüência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e a analgesia. O exame completo de todas essas variáveis permite conhecer a evolução do parto e dos fatores etiológicos responsáveis pela sua evolução normal ou anormal. Identificada a distócia no partograma e reconhecida sua etiologia, a orientação terapêutica será lógica e eficaz. Sem dúvida, a utilização do partograma melhora a qualidade da assistência clínica ao parto, devendo ser incluído na rotina das maternidades.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

7

ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO (SUPORTE PSICOSSOCIAL)

O progresso técnico e cientifico da medicina em geral, e da Obstetrícia, Neonatologia e Anestesiologia em particular, tornou o parto um procedimento mais seguro e menos doloroso. A adequada assistência ao parto e o necessário respeito aos desejos e direitos da mulher parturiente compreendem seu conforto, segurança e bem-estar. Isto implica uma série de necessidades onde se incluiu o controle adequado da dor do trabalho de parto e o acompanhamento do trabalho de parto por pessoa de sua escolha, que lhe dê o apoio emocional necessário para este período.

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psico-sexual da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal. 0 medo gera dor e a dor aumenta o medo.

O direito ao acompanhamento da gestante é já reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, entretanto não e praticado de forma regular e sistemática em todo o país. Ao contrário, de maneira geral, apenas as mulheres mais favorecidas economicamente, que têm seus partos através de seguros em hospitais privados, é que se utilizam deste direito.

Idealmente, este acompanhamento durante o trabalho de parto pressupõe o adequado preparo da mulher para este momento, já iniciado durante o pré-natal (ver Capítulo 3). Embora este apoio á parturiente não deva ser entendido estritamente como uma forma alternativa de possível controle da dor durante este período, mas sobretudo como um direito seu no processo de humanização do nascimento, de fato representa um fator de grande ajuda.

O acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. Representa, mais que nada, o suporte psíquico

Acesse http://BlogEnfermagem.com

e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis.

As técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios associados às informações recebidas pela gestante em seu preparo para o parto têm sido objeto de estudos quanto à sua influência durante o trabalho de parto e parto. Existem algumas evidências de que se associem a alguns efeitos benéficos, como a menor necessidade de uso de drogas opióides e de analgesia peridural, com uma maior proporção de partos vaginais e com uma maior satisfação da mulher com o parto.

O processo de humanização do nascimento, que inclui também a possibilidade de um acompanhante à parturiente, envolve necessariamente uma mudança de atitudes. Inicialmente do profissional de saúde que é parte integrante da equipe que presta atenção integral a esta mulher, revendo seus conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher. Envolve também a mudança de atitude da instituição, que deve estar estruturada e preparada para esta nova postura, incentivando, favorecendo, estimulando, treinando e controlando seus profissionais para o desempenho destas tarefas. Além disso, as instituições devem também estar administrativa e estruturalmente preparadas para o processo, amparadas e suportadas per normas e diretrizes emanadas pelas instituições responsáveis pela saúde no país. É neste contexto que o Ministério da Saúde tem envidado todos os esforços no sentido de estimular e propiciar a introdução destas novas práticas nas maternidades brasileiras.

Acompanhamento no parto (doula)

Além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, existe também o acompanhamento per outra pessoa, com ou sem treinamento específico para isto, a doula. Ela presta constante apoio a gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados.

Diversos ensaios clínicos aleatorizados sugerem que o acompanhamento da parturiente pela doula reduz a duração do trabalho de parto, o use de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos também mostram a redução do número de cesáreas. Além destas vantagens, também é observado que os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto pela doula têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em maior proporção que as parturientes dos grupos de controle.

A presença de uma pessoa treinada para acompanhamento do trabalho de parto não e cara e não requer infra-estrutura ou aparelhagem especifica. Evidentemente, também não tem qualquer

Acesse http://BlogEnfermagem.com

contra-indicação. O treinamento pode ser feito tanto entre o próprio pessoal profissional das maternidades, como entre indivíduos da comunidade. A opção por qualquer uma destas alternativas deve depender, pelo menos por enquanto, da disponibilidade e estratégia adotada localmente.

Recentemente, uma revisão sistemática sobre a prática de um suporte social contínuo, incluindo conselhos e informações, assistência e apoio emocional, durante todo o trabalho de parto, fornecido às mulheres por profissionais de saúde ou pessoas leigas, comparativamente a uma assistência padrão sem estas características, concluiu que este tipo de apoio parece ter vários benefícios para as mães e seus recém nascidos, sem nenhum efeito danoso. Tal apoio emocional pressupõe, entre ambos envolvidos, a presença, o escutar, o dar segurança e afirmação. Avaliando 14 ensaios clínicos envolvendo mais de 5 mil mulheres de países tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, esta intervenção esteve associada à redução da necessidade de medicação para alívio da dor, do parto vaginal operatório, da cesárea e do depressão neonatal, além de uma leve redução na duração do trabalho de parto. Quando os estudos avaliaram os efeitos desta intervenção sobre a vivência das mulheres quanto ao nascimento, todos os resultados foram favoráveis ao grupo recebendo este apoio contínuo. As pessoas fornecendo este tipo de apoio eram todas mulheres e com experiência, seja porque tinham já dado à luz ou tido treinamento como enfermeiras, obstetrizes, doulas ou educadoras em saúde.

Apesar de sugerirem também um efeito benéfico a longo prazo sobre a saúde física e psicossocial das mulheres e sobre o aleitamento materno, as evidências não são definitivas a este respeito. Não se conhece também ainda qual profissional ou leigo teria melhor desempenho exercendo esta intervenção, nem seu efeito a longo prazo sobre a saúde dos recém-nascidos.

Dessa forma, dados os inequívocos benefícios e a ausência de riscos associados ao apoio contínuo durante o trabalho de parto, todos os esforços deveriam ser feitos no sentido de garantir que toda mulher em trabalho de parto o recebesse. Ele deveria incluir a presença contínua da pessoa escolhida para acompanhá-la, capaz de transmitir-lhe conforto e encorajamento. É evidente que em algumas circunstâncias isto poderia significar a necessidade de alterar as atribuições de profissionais como enfermeiras e obstetrizes; de programas de educação continuada para o ensino e prática destas atividades; de modificações na estruturação e composição da equipe profissional das unidades que assistem às mulheres em trabalho de parto; e da adoção de políticos institucionais que permitissem e estimulassem a presença de pessoas leigas experientes ao lado das parturientes.

Em que pesem todas as experiências recentes, tanto internacionais como brasileiras, de estímulo ao parto domiciliar (por opção e não por falta dela) nas situações de gestação de baixo risco, não existe ainda nenhuma evidência científica demonstrando qualquer claro benefício sobre a saúde da mulher ou do recém-nascido desta intervenção, com relação ao parto institucional.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

É sabido, porém, que o apoio social em casa, para as gestantes socialmente desfavorecidas, comparativamente à ausência deste apoio, associa-se com melhores resultados da saúde da criança e sobre a experiência vivida. Não se sabe, contudo, se a concomitância destas intervenções para o mesmo grupo de mulheres possa ter um efeito benéfico aditivo.

Atribuições da acompanhante treinada

A acompanhante treinada, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período. Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante:

- *orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrade durante as contrações;*
- *favorece a manutenção de um ambiente tranqüilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;*
- *auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;*
- *orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;*
- *estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo; e*
- *apoia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.*

Após o nascimento, a acompanhante ainda:

- *informa e orienta a mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão;*
- *estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno, num contato pele a pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho; e*
- *posteriormente, informa e orienta também quanto ao início e manutenção do aleitamento materno.*

Todas estas atividades, além de melhorar a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz, parecem ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Devem, portanto, ser estimuladas em todas as situações possíveis. Ao mesmo tempo, tais medidas deveriam ser objeto de estudos detalhados sobre sua efetividade em diferentes contextos, com o objetivo de aumentar o conhecimento real de seus efeitos sobre a saúde.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

8 O CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação. Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. Portanto, é imperativo que ações de saúde propiciem condições não somente seguras, mas voltadas aos aspectos de humanização do parto, resgatando a verdadeira postura da mulher, da família, da sociedade e dos profissionais de saúde, no que se refere ao momento do nascimento de um filho, que representa um marco na vida de uma família e não pode ser encarado apenas como um ato médico, com ênfase somente nos seus aspectos técnicos ou clínicos. Poder receber uma atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor quando, e, se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde (na 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de no 572 de 2000), que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS.

Anatomia e Fisiologia

A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto. O componente mais importante da dor é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro. A inervação uterina e anexial é autonômica, mediada principalmente pelo Sistema Nervoso Simpático, que conduz estímulos de características viscerais, com aferências no Sistema Nervoso Central no nível de T10, T11, T12, L1. Com a evolução do trabalho de parto e progressão da apresentação, a dor assume características somáticas em decorrência da distensão perineal. O nervo pudendo, formado por fibras de S2-S3-S4, inerva a maior parte da região perineal. Esses impulsos nociceptivos são conduzidos principalmente

Acesse http://BlogEnfermagem.com

por fibras A-8 e C, que penetram no corno dorsal da medula e fazem sinapses com neurônios que prosseguem para centros superiores e outros envolvidos em arcos reflexos medulares, sofrendo neste local um complexo processo de modulação. Este processo, principalmente quando intenso, provoca respostas reflexas segmentares, suprasegmentares e corticais, que incluem estimulação respiratória, circulatória, de centros hipotalâmicos de função neuroendócrina predominantemente simpática, de estruturas límbicas e de mecanismos psicodinâmicos de ansiedade e apreensão.

Repercussões Materno-Fetais

Dentre as alterações fisiológicas que acompanham a dor, podem se destacar:

- *aumento do volume minuto, acompanhado de aumento do consumo de oxigênio em torno de 40% acima dos níveis anteriores ao trabalho de parto, podendo chegar até 100% durante o segundo estágio. Esta hiperventilação pode diminuir a $PaCO_2$ materna em 10 a 20 mmHg e elevar o pH arterial até 7,55-7,60. A hipocápnia pode diminuir o estímulo ventilatório materno, reduzindo a PaO_2 materna em 10 a 50%. Quando a PaO_2 materna cai abaixo de 70 mmHg, o feto pode sofrer hipoxemia e apresentar desacelerações de sua freqüência cardíaca;*
- *aumento progressivo do débito cardíaco materno. Há, inicialmente, um aumento de 10 a 15% no período de dilatação, 50% durante o segundo período e pode chegar até 80% acima dos valores preliminares, imediatamente após o parto;*
- *aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina, cortisol e ACTH no sangue materno;*
- *modificações da função gastrointestinal; e*
- *acidose metabólica materna progressiva.*

Tanto a dor como a ansiedade e o conseqüente aumento da secreção de cortisol e catecolaminas podem afetar a contractilidade e o fluxo sangüíneo uterinos. Uma vez diagnosticado o trabalho de parto e a regularidade das contrações, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode ser prejudicial tanto à mãe quanto ao feto, principalmente quando incide sobre um organismo materno com patologia associada ou unidade feto-placentária com baixa reserva.

Métodos de Analgesia

Uma das considerações básicas sobre a analgesia e anestesia obstétricas é o adequado preparo psicológico e fisiológico da parturiente. Considera-se que a mulher de hoje é mais exigente quanto às informações que necessita sobre a sua gestação e o parto. Preferencialmente durante o pré-natal, a gestante deve ser esclarecida sobre as formas de analgesia disponíveis, suas vantagens, desvantagens e limitações. Deve-se assegurar que existam várias opções para controlar a dor do trabalho de parto, e que todos os

Acesse http://BlogEnfermagem.com

esforços compatíveis com a segurança de ambos (mãe e filho), serão despendidos para diminuir seu desconforto.

Resumidamente, existem três métodos para o controle da dor durante o trabalho de parto e o parto: não farmacológicos, farmacológicos sistêmicos e farmacológicos regionais.

1. Métodos não Farmacológicos

Dentre eles destacam-se as técnicas psicoprofiláticas, acupuntura e estimulação transcutânea elétrica (ETE).

O **método psicoprofilático** mais popular, introduzido por Lamaze em 1954, prepara a mulher para o parto através de um programa educacional sobre a fisiologia do parto, além de exercícios físicos e respiratórios. Este método pode ser usado na fase inicial do trabalho de parto, podendo ser complementado com outros métodos, quando necessário.

A **acupuntura** produz analgesia através da liberação de endorfinas pelo Sistema Nervoso Central. Na maioria dos casos, obtém-se alívio parcial da dor e muitas parturientes necessitam de métodos complementares no segundo estágio do trabalho de parto.

A estimulação elétrica transcutânea produz analgesia através da colocação de dois eletrodos superficiais nos dermátomos correspondentes a T10 a L1 lateralmente à linha mediana e mais dois eletrodos no nível das vértebras S2 a S4. O estímulo elétrico consiste de impulsos bifásicos que variam quando à amplitude e freqüência conforme a intensidade da dor. É uma forma de analgesia segura, não invasiva e fácil de aplicar. Seus resultados são variáveis e como desvantagem pode-se citar a interferência elétrica com a monitorização dos batimentos cardíacos fetais.

Embora com algumas limitações, os métodos não farmacológicos, quando administrados de forma adequada, apresentam vantagens como: parturientes menos ansiosas e mais cooperativas; redução do consumo de analgésicos sistêmicos; postergação no início de técnicas regionais de analgesia; colaboração ativa da parturiente e maior participação do acompanhante.

2. Métodos Farmacológicos Sistêmicos

Geralmente utiliza-se a via parenteral e raramente a via inalatória. Como vantagens pode-se citar a facilidade de administração e a aceitação das parturientes. A administração sistêmica de fármacos requer cautela para não provocar depressão respiratória materna e/ou neonatal. Os opióides são os agentes mais eficientes, quando empregados por via sistêmica, para controlar a dor do trabalho de parto, e a meperidina e o opióide mais empregado por esta via. Pode-se empregar a via intramuscular na dose de 50mg nas fases mais iniciais do trabalho de parto. Como efeitos colaterais maternos, dose-dependentes, podem ocorrer náuseas e vômitos e, mais raramente, depressão respiratória.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Além disso, a meperidina está associada a depressão neonatal e a pontuações mais baixas nos testes neurocomportamentais, que podem perdurar por 48 horas. A depressão fetal é máxima entre 1 e 4 horas após a administração, provocada talvez por metabólitos ativos. Isso implica na necessidade de profissional treinado para reanimação neonatal e a disponibilidade de drogas antagonistas (naloxone).

O uso sistêmico de opióides, sobretudo quando disponíveis outros métodos não farmacológicos, deve ser evitado para a prevenção destes efeitos depressores sobre a respiração neonatal. Eles também dificultam a interação entre mãe e filho no período puerperal, além de comprometerem o início precoce da amamentação. Opióides lipossolúveis, como fentanil, alfentanil ou sufentanil, são pouco utilizados por via sistêmica, pois seu efeito analgésico e de curta duração e o principal efeito colateral e a depressão respiratória.

3. Métodos Farmacológicos Regionais

A analgesia produzida por bloqueios regionais apresenta vantagens sobre os métodos sistêmicos. A deposição do anestésico local próximo às vias de condução nervosa permite uma boa analgesia seletiva, sem depressão do feto e permitindo a cooperação materna. Durante o trabalho de parto ou o parto, varias técnicas regionais podem ser empregadas: bloqueio dos nervos pudendos, peridural lombar ou sacral, raquianestesia e bloqueio combinado raqui-peridural.

a. Bloqueio do Pudendo

Os nervos pudendos têm sua origem nas raízes sacrais (S2-S4) e inervam o períneo, vagina, reto e parte da bexiga, portanto o seu bloqueio está indicado somente para o segundo estágio, propiciando anestesia adequada ao parto. As complicações estão relacionadas á punção, como hematomas ou abcessos, ou á toxicidade sistêmica dos anestésicos locais por administração intravenosa inadvertida.

Técnicas e drogas

O nervo pudenda interno é facilmente acessível em sua passagem pela espinha ciática. Desta forma, duas vias de abordagem podem ser utilizadas: a transvaginal ou a perineal.

Técnica transvaginal: com a paciente em posição ginecológica e após o preparo do períneo e vagina com solução anti-séptica, introduzem-se os dedos médio e indicador de uma das mãos pela vagina ate palpar a espinha ciática e o ligamento sacroespinhoso. A seguir, introduz-se uma agulha longa (de 8 a 10cm de comprimento), já conectada a uma seringa com anestésico local, deslizando sobre os dedos como guias até o ligamento internamente à espinha. Deve-se atravessar a mucosa e ligamento por cerca de 1,5cm de profundidade e injetar 10ml de lidocaína a 1% com adrenalina 1:200.000. É preciso recordar que a artéria e veia pudenda correm paralelamente ao nervo, portanto e recomendável aspirar durante a injeção do anestésico, para evitar a administração intravenosa.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Repete-se o mesmo procedimento no lado contrário, o que potencializa o controle da dor (Figura 1).

Figura 1. Bloqueio do pudendo. Técnica transvaginal

Técnica Perineal: tem a vantagem de bloquear simultaneamente os ramos do pudendo e do cutâneo posterior da coxa, necessário quando se realizam episiotomias laterais. A mulher e posicionada e preparada como no caso anterior. Palpa-se a espinha ciática com o indicador através da vagina. Pode-se fazer um pequeno botão cutâneo de anestésico local no ponto médio entra a comissura posterior da vulva e a tuberosidade isquiática. Acopla-se uma agulha de 8 a 12 cm de comprimento a uma seringa de 20 ml e introduz-se através do botão cutâneo em direção ao ísquio, dirigindo-se a agulha com o auxílio do indicador até a tuberosidade isquiática. A seguir injeta-se 5 - 10 ml de lidocaína a 1% com adrenalina 1: 200.000 por fora e para trás do ísquio. A seguir injeta-se mais 5 ml de anestésico na face interna da tuberosidade, enquanto se introduz a agulha na fossa ísquio-retal. A agulha continua dorsalmente e para fora ate perfurar o ligamento sacroespinhoso e, após perfurá-lo e penetrar cerca de 1 cm, injeta-se mais 5 ml de solução anestésica. Repete-se o mesmo procedimento do lado contrário. Por esta via também existe o risco de injeção intravascular, por isso recomendam-se aspirações frequentes durante as injeções (Figura 2).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 2. Bloqueio do pudendo. Técnica perineal.

b. A Analgesia Peridural

No final dos anos cinqüenta e início dos anos sessenta, o bloqueio peridural lombar sobrepujou a abordagem sacral, predominante ate então. Dentre as vantagens da analgesia peridural lombar contínua, salientam-se cinco aspectos principais: ausência de dor, efeito prolongado, controle da intensidade e extensão do bloqueio, ausência de depressão respiratória materna e fetal e versatilidade em situações especiais, como cesárea de urgência e eclâmpsia.

A analgesia peridural é citada como o grande recurso com que a equipe profissional conta para controlar a dor do parto, nas suas diferentes fases. A parturiente permanece acordada durante todo o trabalho de parto e a inserção de um catéter no espaço peridural permite a cuidadosa titulação da dose de anestésico e a manutenção do analgesia, de acordo com as necessidades obstétricas. Esta flexibilidade é ideal para uma situação dinâmica, onde as necessidades analgésicas podem variar drasticamente.

O controle total do dor previne a hiperventilação materna excessiva e aumenta a PaO_2. Com a normalização da ventilação materna, melhora também a oxigenação fetal. A resposta cardiovascular à dor é atenuada e, assim, mulheres com reserves cardíaca diminuída.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

podem se beneficiar do procedimento. O fluxo sangüíneo uterino não se altera nas mulheres hígidas após a analgesia peridural e pode aumentar em mulheres com pré-eclampsia.

Em comparação a métodos sistêmicos de analgesia, a técnica peridural provê analgesia mais efetiva para o trabalho de parto, além de benefícios fisiológicos potenciais. Através da redução das catecolaminas séricas maternas, a analgesia peridural pode melhorar o fluxo e a atividade uterinos. Uma analgesia efetiva também interrompe o círculo hiperventilação - hipoventilação materno e suas conseqüências para o feto. Finalmente, a analgesia peridural proporciona major flexibilidade às necessidades de cada parturiente em relação à evolução obstétrica: parto normal, fórcipe ou cesariana. Suas contra-indicações formais são poucas, incluindo-se a coagulopatia materna, infecção no local da punção, instabilidade hemodinâmica resultante de hipovolemia e recusa materna. Outras situações requerem uma avaliação mais individualizada, sempre levando em conta a relação risco/beneficio, como a doençaa neurológica pré-existence, infecção materna e algumas cardiopatias.

Quando se utiliza bupivacaína em diluições analgésicas por via peridural, obtérn-se uma duração de ação relativamente longa e um bloqueio sensitivo de alto qualidade, com mínimo bloqueio motor (bloqueio diferencial).

A analgesia peridural proporciona um alívio da dor considerado bom por 80 a 90% dos parturientes. No entanto, a administração exclusiva de anestésicos locais por via peridural, ainda que satisfatória para o controle da dor, tem sido responsabilizada por efeitos indesejáveis como hipotensão materna secundária ao bloqueio simpático, e relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal, levando a dificuldades na rotação interna do polo cefálico fetal dentro do canal de parto, e ao eventual prolongamento do período expulsivo, com aumento de incidência de partos instrumentals.

Associação Anestésicos Locais e Opióides por via peridural

Há cerca de vinte anos, a observação do efeito analgésico de opióides administrados por via espinal trouxe esperanças de se obter uma analgesia efetiva, sem bloqueio simpático ou motor, ideal para obstetricia, pós-operatório e dores crônicas.

A associação entre anestésicos locais e opióides e uma excelente opção em termos de qualidade analgésica. Esta combinação parece preservar os benefícios de cada droga e diminuir o risco de efeitos indesejáveis. A explicação para isto reside no fato de que estes agentes atuariam em dois sítios distintos: os anestésicos locais na membrana axonal e o opióide, em receptor especifico da medula espinal, eliminando a dor através de um mecanismo combinado e sinérgico. As soluções diluídas de anestésico local são capazes de bloquear melhor as fibras A-S, enquanto os opióides seriam mais eficientes no bloqueio de impulsos conduzidos pelas fibras C.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- Bloqueio peridural lombar contínuo – Permite o bloqueio seletivo das fibras que transmitem a dor, de acordo com as diferentes fases do trabalho de parto, respeitando a musculatura abdominal e facilitando a colaboração materna no estágio expulsivo. Atualmente, considera-se a dor materna como o parâmetro mais importante para a indicação da analgesia, porque quando intensa e prolongada, promove alterações nocivas para a mãe e o feto. As cardiopatas e toxêmicas devem receber analgesia precoce para evitar a sobrecarga no sistema cardiovascular. Também é indicada em presença de distócias hipertônicas. Deve-se empregar pequenas doses de anestésicos locais para o alívio das dores decorrentes das contrações uterinas e dilatação do colo. No segundo estágio, o bloqueio precisa ser estendido ate S2-S4, através de doses adicionais de anestésico local pelo cateter.

Momento da analgesia: como já explicado, a dor materna e o principal fator que deve ser considerado como parâmetro de indicação quanto ao momento da analgesia, **não a dilatação cervical.** A dilatação e importante apenas para a escolha da droga e da dose a ser usada.

Técnicas e Drogas

A punção pode ser realizada com a paciente sentada ou em decúbito lateral, na linha mediana, através dos interespaços L3-L4 ou L4-L5, com agulhas descartáveis, do tipo Tuohy 16 a 17 G e o cateter adequado ao calibre da agulha. Existe a possibilidade de, utilizando pequenas doses de anestésico, permitir a deambulação da parturiente, após certificar-se que não haja comprometimento motor ou de equilíbrio. Pode-se empregar também um esquema de infusão continua através de bomba, para a manutenção da analgesia. Procede-se à instalação da analgesia conforme citado anteriormente e, após obter-se alivio satisfatório da dor materna, inicia-se a infusão continua com um fluxo de 10 - 12 ml/h de bupivacaína a 0,0625 - 0,125%.

Drogas e Doses

Anestésico local	Concentração (%)	Volume/Dose	Dilatação (cm)
Bupivacaína	0,125	5 - 10 ml	< 7 cm
Bupivacaína	0,25	5 - 10 ml	≥ 7 cm
Bupivacaína	0,25	8 - 12 ml	expulsivo
Ropivacaína	0,2	10 - 12 ml	
ASSOCIAÇÃO DE OPIÓIDE			
Fentanil		50 - 100 µg	
Sufentanil		10 - 20 µg	

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- Bloqueio Peridural Lombar Único – Adequado somente no final do primeiro estágio e expulsivo. Nesta situação, procede-se à técnica anestésica como descrita anteriormente, optando-se por uma concentração de anestésico local mais elevada em volume suficiente para a anestesia completa do períneo: 12 - 15 ml de bupivacaina a 0,25% com adrenalina 1: 200.000 ou ropivacaína a 0,2% em igual volume.

c. Raquianestesia

É adequada no final do primeiro estágio e durante o período expulsivo. É efetiva quando se pretende ter um bom relaxamento perineal (aplicação de Fórcipe) tendo a apresentação fetal já iniciado a progressão dentro do canal de parto. Pode ser indicada também para manipulação e revisão do canal de parto e Útero. Inconvenientes: 1) níveis altos de bloqueio com perda da prensa abdominal seguida de dificuldade na progressão fetal e retardo do período expulsivo. 2) cefaléia pós-punção.

Técnica e drogas

A punção pode ser realizada com a mulher sentada ou em decúbito lateral, na linha mediana, através dos interespaços L3-L4 ou L4-L5, com agulhas descartáveis de 25 a 27 G e para urgências a 22 G. 0 nível sensitivo não deve ultrapassar os Últimos dermátomos torácicos, empregando-se para isso a lidocaína a 5% hiperbárica 40 - 50 mg (0,8 - 1 ml) ou bupivacaína 0,5% hiperbárica 5 - 7,5 mg (1 - 1,5 ml).

d. Bloqueio combinado raqui-peridural

Atualmente, esta técnica vem ganhando mais e mais adeptos. Basicamente, consiste na combinação das duas técnicas anteriores. Através da deposição de um opióide associado ou não a AL no espaço subaracnoideo, obtém-se analgesia satisfatória por cerca de duas horas, sem comprometimento motor. À medida que as contrações dolorosas retornam, é possível complementar a analgesia, através da injeção de uma solução diluída de AL no espaço peridural.

As técnicas apresentadas anteriormente devem ser executadas por anestesiologistas, e quando realizadas adequadamente, proporcionam um alivio satisfatório da dor materna e ao mesmo tempo oferecem condições técnicas para a realização da maioria dos procedimentos obstétricos. Para se alcançar o resultado esperado, é imprescindível salientar a importância de uma atuação conjunta das equipes de obstetrícia, neonatologia e anestesia e sua interação com a mulher e seu acompanhante.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A atenção ao parto normal, em seu sentido estrito, deve abranger a assistência ao período expulsivo, à dequitação e ao pós-parto imediato ou 4° período. Entretanto, deve-se considerar que e muito difícil separar a assistência ao parto propriamente dito da prestada ao período de dilatação.

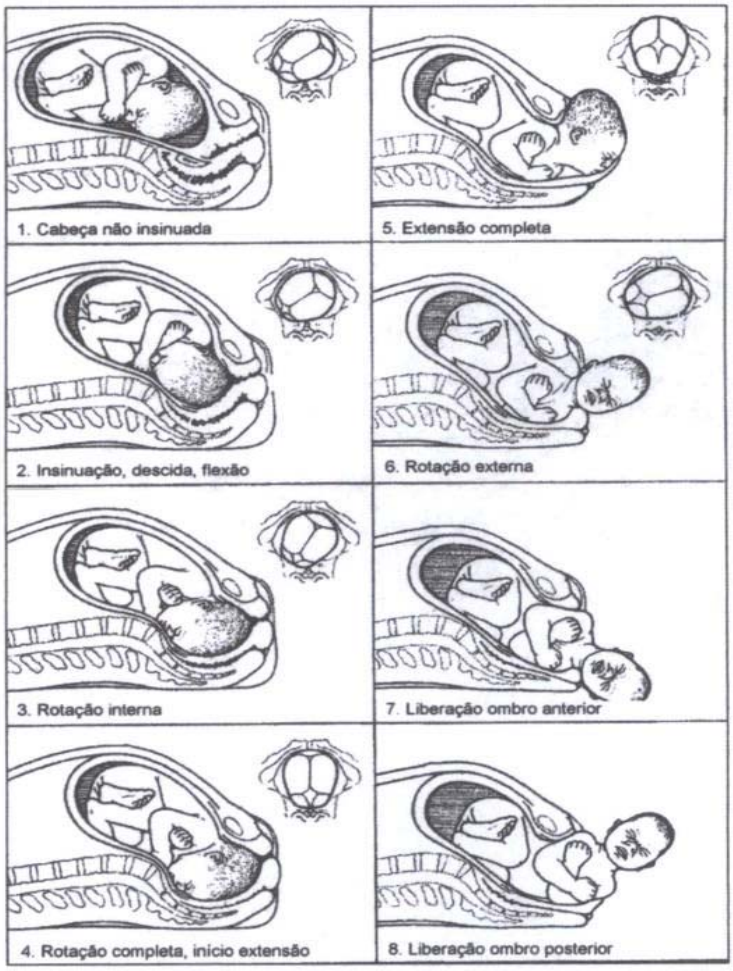
ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO

O período expulsivo, ou seja, o segundo período do parto, inicia-se com a dilatação total da cérvice termina com a expulsão do feto. Caracteriza-se por esforços expulsivos maternos (puxos) e sensação de preenchimento retal com desejo de evacuar, decorrente da pressão da apresentação fetal sobre reto e músculos do **assoalho pélvico.** E a fase de mudanças no comportamento materno - a mãe torna-se vulnerável e dependente daquele que a assiste. E também o período de aumento dos riscos fetais - a compressão do polo cefálico na passagem pelo canal de parto, associada à diminuição da circulação útero-placentária, pelas contrações uterinas mais intensas e frequentes, favorece a hipóxia e a acidose fetal. Impõe-se, portanto, a monitarização efetiva do bem-estar fetal.

A caracterização deste período a partir da dilatação cervical completa e anatômica e pode ou não coincidir com a fase de expulsão fetal. Às vezes, a dilatação está completa e só alguns minutos mais tarde e que se iniciam os esforços expulsivos. Em outras, os puxos maternos ocorrem antes de completada a dilatação. Segundo Friedman (1978), período pélvico, que corresponde ao período expulsivo clássico, inicia-se com a descida da apresentação e, a partir dai, complementam-se os fenômenos mecânicos do parto: rotação interna, desprendimento cefálico, rotação externa e desprendimento do ovóide córmico (Fig. 1).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 1. Período expulsivo do parto



Na verdade, na prática diária, o período expulsivo deve ser identificado pela dilatação cervical total, pelos puxos maternos e, geralmente, pela rotura espontânea das membranas amnióticas. Determinadas práticas assistenciais deste período, embora consagradas pelo uso, são passíveis de discussão. Algumas delas já foram objeto de estudos amplos, com resultados baseados em evidências científicas.

1 – Puxos maternos

Fisiologicamente, ocorrem puxos involuntários quando a apresentação fetal faz pressão sobre o reto e músculos do assoalho pélvico, podendo acontecer em um momento mais tardio, dez a vinte minutos após a dilatação cervical estar completa. Entretanto, a prática de se estimular os puxos voluntários e precoces, antes de completada a dilatação cervical, é utilizada em muitos protocolos assistenciais de período expulsivo.

Não existem estudos controlados comparando puxos precoces e tardios no trabalho de parto normal, mas foram realizados alguns estudos em parturientes submetidas a analgesia peridural, com supressão do reflexo de puxo. Foram comparados puxos tardios (vértice visível no intróito vaginal) com puxos precoces, ou seja, assim

Acesse http://BlogEnfermagem.com

que se diagnosticou a dilatação total. O retardo dos puxos não determinou qualquer efeito nocivo sobre o feto ou recém-nascido; no grupo com puxos precoces observou-se numero significativamente major de aplicação de fórcipe. Embora os resultados tenham sido obtidos em parturientes com analgesia, estão de acordo com a experiência clínica de que se deve retardar o puxo até o aparecimento do reflexo espontâneo. Esta pratica e mais fácil para a mulher e tende a encurtar a fase exaustiva dos esforços maternos.

Outros estudos compararam a prática fisiológica dos puxos involuntários, curtos e espontâneos, com o padrão voluntário de puxos longos e dirigidos (manobra de Valsalva), seguidos de apnéia forçada (puxos durante a expiração). Este último método resultou em abreviação do segundo estágio do parto, mas com risco de alterações na freqüência respiratória e no volume de ejeção, causadas pelo tipo de respiração materna. Com os puxos prolongados e decúbito horizontal, por compressão da aorta e diminuição do fluxo útero-placentário, observou-se queda no pH médio da artéria umbilical e tendência a menores índices de Apgar do recém-nascido. As evidências sac) poucas, mas delas emerge um padrão onde os puxos prolongados e precoces resultam em diminuição modesta da duração do segundo período, que não parece trazer benefício algum, com comprometimento das trocas materno-fetais. O puxo espontâneo mais curto parece ser superior.

2 – Sala especial de parto

Em alguns hospitais, o parto é atendido em sala especial, equipada com luzes fortes e brilhantes, instrumentais e mesa cirúrgica com perneiras ou hastes metálicas. Apesar de mais adequada ao profissional que assiste a parturiente, pela facilidade de intervenção operatória se necessário, para a mãe isto e totalmente incomodo. Quando a evolução do parto e normal, não ha indicação de transferência da parturiente do pré-parto para a sala de parto no período expulsivo. O pré-parto e parto podem ser atendidos na mesma sala.

A humanização do parto contempla a criação das salas de parto, onde as parturientes permanecem durante o trabalho de parto (fase de dilatação cervical), parto (expulsão fetal e dequitação placentária) e puerpério imediato com seu acompanhante. Em português a denominação oficial para este conceito (a exemplo do *labor and delivery room* - LDR da língua inglesa), tem sido o de **"sala PPP",** ou seja, de **p**ré-parto, **p**arto e **p**uerpério imediato. Essa estratégia tem se mostrado efetiva na humanização do parto e no incentivo ao parto normal, com conseqüente redução nos índices de cesárea.

3 – Posição materna

Várias são as proposições da literatura sobre a melhor posição materna durante o trabalho de parto e parto. Dependendo da capacidade e da experiência do profissional com determinada posição, além das informações da própria mulher, os resultados podem ter variações muito grandes. Independentemente das linhas

Acesse http://BlogEnfermagem.com

de pensamento relacionadas a prática da assistência ao parto, é consenso geral que a posição horizontal deve ser evitada para prevenir os efeitos da dificuldade de trocas materno-fetais.

Alguns resultados de trabalhos científicos apontam vantagens da posição verticalizada ou da inclinação lateral sobre a posição dorsal (decúbito horizontal), entre elas: menor desconforto e dificuldade de puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais ou perineais e de infecções na incisão. Observou-se também menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais - menor proporção de índices de Apgar <7. Outros estudos atribuíram a posição verticalizada maior número de lacerações dos lábios vaginais, de terceiro grau, embora com números pequenos para uma analise concreta. Apesar de relacionarem maior porcentagem de hemorragias pós-parto, não houve diferença significativa nos níveis de hemoglobina no quarto dia de puerpério. A facilidade de se apurar a perda sanguínea e a major pressão sobre as veias pélvicas e vulvares na posição vertical podem ter contribuído para essa impressão.

A OMS (1996), no seu guia prático de Assistência ao Parto Normal, recomenda que, Canto no primeiro quanto no segundo período, as mulheres devam adotar a posição que melhor lhes agradar, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Deve-se estimuladas a experimentar aquilo que for mais confortável e, para isso, os profissionais necessitam ser treinados no manejo do parto em outras posições além da supina.

4 – Cuidados com o períneo

A lesão de períneo e um dos traumatismos mais freqüentes durante o parto, mesmo em partos e trabalhos de parto com evolução normal. Várias técnicas e práticas visam reduzir os danos ou altera-los a um grau manejável.

E divulgada a técnica de proteção do períneo durante a expulsão do polo cefálico - os dedos de uma das mãos (geralmente a direita) apóiam o períneo, enquanto a outra mac) faz leve pressão sobre a cabeça para controlar a velocidade de coroamento, tentando evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais. Essa técnica e conhecida como Manobra de Ritgen - (Figura 2).

Figura 2 - Manobra de Ritgen (Cunningham et al., 1997)

Acesse http://BlogEnfermagem.com

É passível que, com essa manobra, se evite a laceração do períneo, mas é discutido se a pressão sobre a cabeça fetal não possa impedir o seu movimento de extensão e afastar o arco púbico em direção ao períneo, aumentando assim o risco de lesão perineal. Não foi feito nenhum estudo formal para responder a essa dúvida, portanto não se pode concluir sobre a melhor estratégia. Convém ressaltar que essa manobra é mais facilmente aplicada com a parturiente na posição dorsal e, se ela estiver numa posição verticalizada, o profissional pode fazer o suporte do períneo às cegas, ou então nem praticar tal estratégia.

5 – Laceração de períneo e episiotomia

A ocorrência de lacerações perineais é freqüente, especialmente em primíparas. Lacerações de primeiro grau às vezes não necessitam sutura, as de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, em regra geral, cicatrizam sem complicações. As lacerações de terceiro grau podem ter conseqüências mais sérias e sempre devem ser suturadas para prevenir problemas de fístula ou incontinência fecal.

Um ensaio clínico aleatorizado, comparando os efeitos de dois tipos de suturas para reparo de lacerações perineais - intradérmica contínua e pontos separados - avaliou 1.864 mulheres. A sutura intradérmica contínua associou-se à menor intensidade de dor até o 10° dia de puerpério e menor necessidade de remoção da sutura. Não se observou diferença na necessidade de analgesia, de ressutura de parede ou na queixa de dispareunia após três meses do parto.

Apesar da episiotomia ser técnica realizada com freqüência, sua incidência é variável. Nos Estados Unidos, 50 a 90% das primíparas são submetidas à episiotomia, o que torna essa técnica o ato cirúrgico mais freqüente daquele país. Muitos centros são mais conservadores quanto ao uso da episiotomia. Nos Países Baixos, as obstetrizes realizam episiotomia em 24,5% das parturientes. Destas, a imensa maioria é médio-lateral e a minoria mediana. As episiotomias medianas são suturadas com mais facilidade e têm a vantagem de melhor cicatrização, entretanto, as médio-laterais são melhores na proteção do esfíncter anal e reto.

Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre a prática e os efeitos da episiotomia, comparando o uso de rotina com o restrito, apontou os seguintes resultados:

a) a episiotomia foi aplicada de rotina em 72,7% e, quando de uso restrito, em 27,6% das mulheres avaliadas (2.209 no primeiro grupo e 2.441 no segundo);
b) a episiotomia de uso restrito associou-se a menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações na cicatrização;
c) o uso restrito também associou-se a major risco de trauma perineal anterior; e
d) não se observou diferença significativa no risco de traumas vaginais

Acesse http://BlogEnfermagem.com

ou perineais de grave intensidade e na sensação de dispareunia e de dores intensas.

Em conclusão, a prática do uso restrito de episiotomia parece ter benefícios quando comparada à episiotomia de rotina. Há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior.

A OMS (1996) avalia que determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia num parto, até então de evolução normal. Salienta que o profissional deve ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado, devendo receber treinamento para isso.

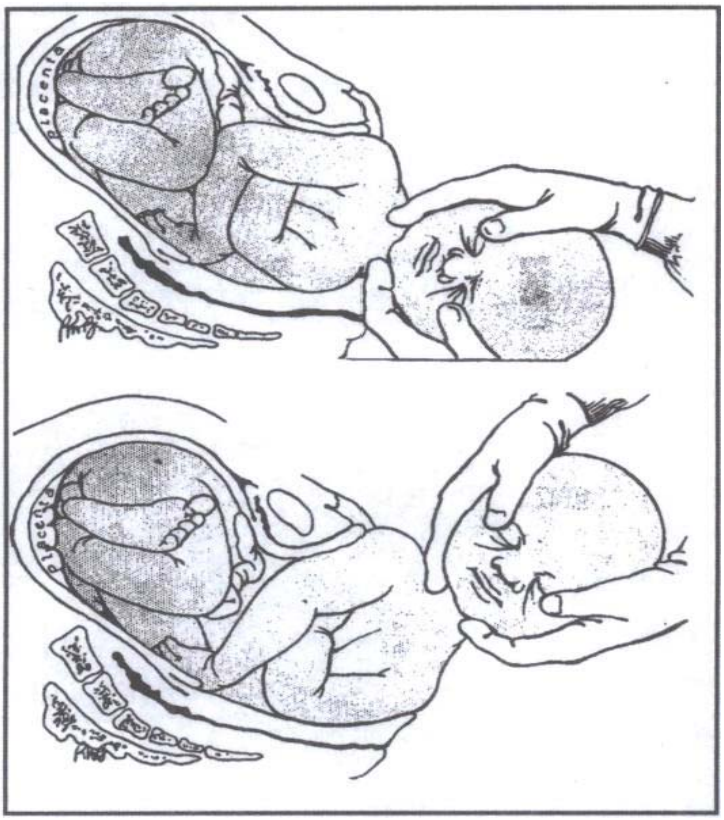
6 – Manobras extrativas

É comum a prática de realizar pressão no fundo do útero durante o período expulsivo, com a intenção de acelerar o nascimento. É praticada pouco antes do desprendimento, ou mesmo no início da expulsão. Apesar de manobra consagrada e defendida por muitos obstetras, provoca maior desconforto materno e suspeita-se que possa ser perigosa para o útero, o períneo e o feto, embora não existam dados de pesquisa sobre esse assunto. De qualquer forma, à semelhança da tração controlada do cordão umbilical, esta prática deve ser encarada com cautela e evitada por profissionais inexperientes. A OMS (1996) classifica a pressão no fundo uterino no período expulsivo como "prática em *relação à qual* não existem evidências suficientes *para* apoiar uma recomendação *clara e* que devem ser utilizadas com cautela *até* que mais pesquisas esclareçam a questão (categoria C)".

Após a liberação do pólo cefálico, os ombros rodam internamente. Nesse momento é providencial que se observem a extensão e a presença de circulares de cordão. Se necessário, estar preparado para realizar a alça do cordão, a redução de eventuais circulares ou a ligadura cervical do cordão umbilical, quando houver circulares muito apertadas. Com a rotação completada, os ombros devem ser liberados, prevenindo o trauma perineal. Na posição semi-deitada, o ombro anterior é o primeiro a ser liberado (Figura 3); nas posições de cócoras ou de joelhos, o ombro posterior deve ser liberado antes do anterior.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Figura 3 – Liberação dos ombros – anterior (A) e posterior (B) (Cunningham et al., 1997)



A dificuldade na liberação dos ombros é rara, mas deve ser prevista ou suspeitada quando, à palpação abdominal, evidenciar-se um feto grande. Nos casos de distócia de ombros, algumas manobras podem ser aplicadas: abdução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno; rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, pressão supra-púbica praticada por um auxiliar diretamente sobre a sínfise púbica materna.

Não está claro se essas manobras são sempre necessárias e se são adequadas. Não existem pesquisas sobre o assunto. Entretanto, está sendo realizado um estudo controlado e randomizado, que deverá oferecer dados sobre o efeito de diferentes métodos de desprendimento da cabeça e dos ombros do feto sobre o períneo.

7 – Clampeamento do cordão e cuidados imediatos com o RN

A ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento. Essa questão já exigiu estudos controlados sobre os efeitos do momento da ligadura do cordão na mãe e no recém-nascido. Não se verificaram indícios de efeitos significativos sobre a incidência de hemorragia pós-parto ou sobre a transfusão feto-materna. Entretanto, sobre o recém-nascido, várias observações foram relatadas:

a) *os bebês com clampeamento imediato de cordão têm valores mais baixos de hematócrito e hemoglobina;*

Acesse http://BlogEnfermagem.com

b) se depois do nascimento, o recém-nascido for colocado ao nível da vulva ou abaixo dele por três minutos, antes do clampeamento do cordão, há transferência de aproximadamente 80 ml de sangue da placenta para o recém-nascido. Os eritrócitos nesse volume de sangue logo serão hemolisados, mas isso fornece cerca de 50 mg de ferro para as reservas do neonato e reduz a freqüência de anemia ferropriva no primeiro ano de vida. Teoricamente, pode causar hipervolemia, policitemia e hiperviscosidade, além de hiperbilirrubinemia. Entretanto, não foram observadas diferenças clinicamente relevantes e nenhuma diferença em relação à morbidade neonatal, quando se compararam os dois momentos de clampeamento do cordão; e

c) no que se refere a distúrbios respiratórios neonatais, não houve diferença significativa entre as duas condutas.

O clampeamento tardio (ou ausência de clampeamento) é o modo fisiológico de tratar o cordão, e o precoce é intervenção que deve ter indicações precisas. A "transfusão" de sangue da placenta para o recém-nascido, nos casos de clampeamento tardio de cordão, é fisiológica e provavelmente não tem efeitos adversos, pelo menos em casos de baixo risco.

As indicações de clampeamento precoce de cordão se relacionam a gestações e partos de risco, como por exemplo, a sensibilização Rh, o parto prematuro, o sofrimento fetal com depressão neonatal grave, o parto gemelar e o da mulher HIV+. Nesses casos, o clampeamento tardio pode causar complicações e deve ser evitado.

Imediatamente após o nascimento, deve-se verificar as condições do recém-nascido. Isso é parte integrante da assistência ao parto normal e a OMS enfatiza a importância de uma abordagem unificada à assistência materna e neonatal. Este assunto está contemplado no Capítulo 15.

ASSISTÊNCIA À DEQUITAÇÃO

Nesse estágio ocorre a separação e expulsão da placenta (dequitação). Os principais riscos maternos são a hemorragia durante ou após essa separação e a retenção de restos placentários.

A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna e a maioria desses casos ocorre em países em desenvolvimento. A incidência de hemorragia pós-parto e de retenção de restos placentários aumentam frente a alguns fatores predisponentes, tais como gestação múltipla, polidrâmnio, trabalho de parto complicado (distócias) ou parto vaginal operatório. Também o risco é aumentado quando a parturiente tem antecedentes prévios dessas intercorrências. Embora seja possível selecionar as mulheres de risco, mesmo em gestações de baixo risco e partos de evolução normal, podem-se observar hemorragias severas e retenção placentária. Em vista disso, várias medidas preventivas foram testadas em estudos aleatorizados e serão discutidas a seguir.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

1 – Uso profilático de ocitócicos

A administração profilática de ocitocina é usada em vários momentos durante o terceiro período do parto. Mais freqüentemente é aplicada por via intramuscular, na dose de 10UI, imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento da criança. As drogas mais empregadas são a ocitocina e derivados do ergot, como a ergotamina, ou uma combinação de ambos, a sintometrina. Tanto a ocitocina como os derivados do ergot diminuem a perda sangüínea pós-parto, mas o efeito do ergot parece ser um pouco menor. Não está bem clara a ação dessas drogas sobre a retenção dos restos placentários, embora alguns resultados sugiram que a administração rotineira de ocitocina possa aumentar esse risco.

Náuseas, vômitos e cefaléia são relacionados mais freqüentemente aos derivados do ergot e, em menor escala, à ocitocina. A ocorrência de hipertensão arterial pós-parto é um efeito colateral praticamente exclusivo dos derivados do ergot. Também podem ocorrer problemas raros, porém sérios, atribuídos secundariamente à hipertensão arterial pelo uso de ergometrina intra-parto - parada cardíaca e hemorragia intra-craniana, infarto do miocárdio, eclâmpsia puerperal e edema agudo de pulmão. Apesar da dificuldade em avaliar tais efeitos, pela raridade com que ocorrem, os indícios disponíveis sugerem que a ocitocina é a melhor escolha, além de ser mais estável que a ergotamina em países de clima tropical. Por isso, o uso dos derivados do ergot para esta situação é classificado como intervenção prejudicial ou ineficaz que deve ser abandonada.

2 – Tração controlada do cordão

A tração controlada do cordão envolve a tração do cordão, combinada com contrapressão sobre o corpo uterino na direção cefálica, feita pela mão oposta colocada logo acima da sínfise púbica. Estudos comparativos entre tração controlada e abordagens mais expectantes, às vezes envolvendo pressão fúndica, demonstraram menor perda sangüínea média e encurtamento do terceiro estágio na tração controlada. Entretanto, deve-se atentar para o risco de inversão uterina facilitada por essa manobra. Apesar de rara, é ocorrência bastante grave, relacionada à inexperiência e negligência do parteiro em praticar tal estratégia. Segundo a OMS *(1996), é* classificada como "*prática* em relação á *qual* não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela *até que* mais pesquisas esclareçam a questão (categoria C)".

3 – Comparação entre manejo ativo e expectante

Os efeitos combinados do uso de ocitócicos e tração controlada do cordão são condensados, algumas vezes, no termo "manejo ativo do terceiro estágio", em contraste com o manejo expectante ou fisiológico. Entretanto, esse termo também pode indicar combinações de diferentes intervenções com diferentes resultados. Daí a dificuldade de se avaliar os vários resultados e definir a melhor estratégia entre manejo ativo e conduta conservadora na dequitação placentária.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na literatura em geral, o manejo ativo tem melhores resultados quando se avaliam intensidade de hemorragia pós-parto e níveis de hemoglobina no puerpério. Mas, são mais comuns vômitos, náuseas e hipertensão, provavelmente causados pelo uso de ergotamina. Existem fundamentos para sérias dúvidas sobre o uso profilático de ergometrina ou de uma combinação de ocitocina e ergometrina (sintometrina) como procedimentos de rotina na assistência à dequitação.

Como conclusão, a administração de ocitocina na assistência à dequitação e a tração controlada do cordão podem apresentar vantagens em indicações precisas - mulheres com risco para hemorragia pós-parto e aquelas portadoras de anemia . severa. A despeito das orientações anteriores da OMS (1990 e 1994), a recomendação do manejo ativo do terceiro período , como prática de rotina no parto de baixo risco, parece ser prematura e depende de estudos mais específicos (OMS, *1996)*.

4 – Revisão da placenta, dos anexos e do canal de parto

O exame da placenta, cordão umbilical e membranas, imediatamente após a expulsão, é prática indispensável, principalmente para verificar a integridade, certificando-se de que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina.

Se a integridade da placenta e membranas for duvidosa, a revisão com exploração da cavidade uterina deve ser iniciada. O exame da placenta e anexos presta-se, também, para o diagnóstico de eventuais anormalidades: infartos, hematomas, inserção anormal de cordão e artéria umbilical única, relacionada a malformações fetais.

Em alguns países é prática de rotina a exploração da cavidade uterina no pós-parto imediato. Não existe o menor indício de que essa conduta seja útil, ao contrário, pode causar infecção, traumatismos e até mesmo choque. Recomenda-se, entretanto, a revisão do canal de parto para o diagnóstico de possíveis lacerações de trajeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese a experiência de muitos obstetras e outros profissionais, o que lhes permite defender suas condutas e práticas na assistência ao parto, e imputarem a elas um caráter de "verdade absoluta", a Obstetrícia atual vem procurando cada vez mais ditar suas normas com base em evidências científicas. Infelizmente, os resultados de estudos controlados e aleatorizados ainda não conseguiram responder todas as questões relacionadas à prática da assistência ao parto. À exceção de algumas delas, destacadas no Capítulo 21, muitas outras continuam sem definição quanto ao risco-benefício para a mãe e o concepto. Daí a dificuldade em se padronizar a assistência neste momento tão importante da vida da mulher. Entretanto, é certo afirmar que os benefícios e, em decorrência, os melhores resultados maternos e perinatais relacionam-se diretamente à assistência humanizada, respeitando os direitos da parturiente, resgatando o seu papel como protagonista e incentivando o parto natural.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A cesárea é um procedimento cirúrgico que, quando bem indicado, tem papel fundamental na Obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna.

No entanto, não se pode aceitar um aumento de cesáreas sem indicação precisa, pois é sabido que este procedimento cirúrgico, comparativamente ao parto normal, associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal. A operação cesariana apresenta uma freqüência muito elevada no Brasil. Isso tem sido responsável por uma banalização do procedimento, como se fosse simples e isento de possíveis complicações.

O parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associa também a algumas complicações que devem sempre ser ponderadas antes da indicação. Deve, portanto, ser decidido por critérios estritamente clínicos e obstétricos.

Considera-se ideal a taxa de cesárea em torno de 15 a 20% para o total da população. No entanto, deve-se levar em consideração a complexidade da assistência fornecida pela instituição, quando se analisam taxas institucionais separadamente.

Cabe aqui enfatizar que o parto por cesárea, quando bem indicado e realizado, também é um parto humanizado na medida em que a indicação visa minimizar agravos à mãe e ao feto. O presente capítulo não tem o objetivo de ensinar a técnica cirúrgica para o profissional da área de obstetrícia, mas trazer, à luz do conhecimento científico atual, alguns pontos de importância tática e técnica na realização deste procedimento.

1. Anestesia

A necessidade do uso de anestesia em procedimentos obstétricos, praticada por profissionais especialistas capacitados, constitui um consenso a nível nacional, embora muitos lugares e

Acesse http://BlogEnfermagem.com

instituições não disponham ainda de todas as facilidades para isso. É necessário, contudo, que os profissionais que prestam assistência à mulher durante a gravidez e parto, conheçam algumas características e particularidades sobre a analgesia e anestesia a serem utilizadas nestes procedimentos. Para tanto, os capítulos 8 e 12 abordam este assunto de forma mais detalhada.

2. Posição da mulher

A cesárea é realizada com a mulher em decúbito dorsal horizontal. Pela possibilidade de hipotensão materna (devido à compressão da veia cava inferior e diminuição do retorno venoso ao coração) e conseqüente redução na perfusão placentária e na oxigenação fetal, alguns estudos têm comparado esta posição com a realização deste procedimento cirúrgico com a mulher em decúbito lateral (10 ou 15 graus). No entanto, revisão sistemática sobre o tema concluiu que não existe, até o momento, evidências científicas suficientes para avaliar qual melhor posição da mulher na cesárea.

3. Antissepsia

A degermação da pele do abdomen materno com soluções de sabão neutro previamente á antissepsia é fundamental. Os antissépticos atualmente empregados são soluções de iodo, não mais se justificando o uso de outras soluções. A ciclohexidina pode ser também utilizada em associação com as soluções iodadas. **Além da mulher, é necessário lembrar que a higienização das mãos da equipe profissional que atenderá o parto constitui elemento fundamental para evitar a contaminação cirúrgica e as complicações infecciosas pós-operatórias.**

4. Escolha da incisão

No Brasil, atualmente, na quase absoluta totalidade das cesáreas, a preferência é dada à incisão transversa supra-púbica, conforme técnica de Pfannenstiel. A incisão infra-umbilical mediana restringe-se a casos em que o risco de sangramento é maior (como na síndrome HELLP), ou quando há extremada necessidade de retirada rápida do feto, como no sofrimento fetal agudo grave, na cesárea post-mortem e outras situações.

Entretanto, utilizando-se a técnica de Pfannenstiel, deve-se estar atento a alguns inconvenientes, facilmente contornáveis: maior sangramento, campo operatório reduzido, maior tempo cirúrgico que a incisão mediana e maior risco de hematoma. Não existem até o momento comparações bem realizadas entre os dois tipos de incisão que permitam justificar a preferência definitiva por qualquer uma delas.

5. Laparotomia

À abertura da cavidade abdominal, deve ser considerada a possibilidade de lesões da bexiga ou de alças intestinais, principalmente em casos de cirurgias prévias, ou inexperiência

Acesse http://BlogEnfermagem.com

do cirurgião. É fundamental, entretanto, que o diagnóstico da intercorrência seja feito imediatamente e, da mesma forma, seu reparo, recorrendo-se a especialistas se assim for necessário.

6. Histerotomia

De todas as variantes propostas para a abertura da cavidade uterina (segmentar longitudinal, segmento-corporal, corporal e segmentar transversa), a segmentar transversa, arciforme, de concavidade superior é a de escolha. Existem justificativas para esta preferência. Em primeiro lugar, respeita-se a disposição transversal e paralela das fibras miometrais e da vasculatura. O risco de lesões das artérias uterinas – principal incoveniente da histerotomia segmentar transversa – pode ser minimizado por seu caráter arciforme de concavidade superior. Além disso, por não romper fibras e sim divulsioná-las, garante-se melhor aproximação dos bordos da incisão uterina e, conseqüentemente, maior facilidade para a sutura e melhor cicatrização.

A abertura da cavidade uterina é feita praticando-se pequena incisão a bisturi, que se completa delicadamente com pinça tipo Kelly ou Pean, até atingir-se a cavidade uterina. A seguir, com os dedos indicadores introduzidos nesta pequena botoeira, completa-se a abertura lateralmente. A incisão da zona segmentar com tesoura deve ser restrita a casos com a presença de tecido fibrótico espesso sobre cicatriz anterior e a cesáreas antes do estabelecimento do trabalho de parto, quando o segmento inferior do útero ainda não está completamente adelgaçado.

Excepcionalmente, nos casos de segmento inferior ainda não formado ou mal desenvolvido, pode ser necessária a utilização da incisão segmento-corporal. Tal decisão, entretanto, exige experiência do obstetra e uma avaliação feita com o ventre aberto.

7. Escoamento do líquido amniótico

Deve-se proceder à aspiração cuidadosa do líquido amniótico presente, ou permitir o seu escoamento protegido por compressas cirúrgicas, evitando o encharcamento dos campos protetores e facilitando a retirada do feto, por diminuir sua mobilidade.

8. Retirada do feto

Tempo cirúrgico muito importante na cesárea, exigindo tranqüilidade do cirurgião, com objetivo de evitar desprendimentos fetais bruscos, com possíveis conseqüências perinatais. Neste momento é fundamental lembrar que uma criança está nascendo: a sala cirúrgica deve estar aquecida (com ar condicionado desligado) e o ambiente silencioso. O obstetra deve anunciar para a mulher o nascimento e o neonatologista deverá levar o recém-nascido para a mãe, assim que for possível.

A retirada do feto pode ser feita manualmente ou com a utilização de instrumentos como fórcipes e alavancas. Nas apresentações

Acesse http://BlogEnfermagem.com

cefálicas mais profundamente ajustadas, a extração manual é de escolha: introduz-se a mão entre a apresentação e a parede uterina anterior, com delicadeza para evitar o prolongamento da histerotomia, atinge-se o occipício, elevando-o em direção à fenda uterina. Por manobra de deflexão do pólo cefálico e pela compressão auxiliar exercida no fundo uterino, consegue-se, geralmente de modo fácil, o desprendimento do feto.

No entanto, em apresentações cefálicas altas e móveis, como freqüentes em prematuros e gestações com polidrâmnio, a utilização de instrumentos como a alavanca de Selheim, facilita sobremodo a retirada do feto. Mesmo assim, por vezes, a extração torna-se difícil como, por exemplo, nas cefálicas defletidas, a demandar conduta mais ativa como a aplicação de fórcipe, cuja técnica obedece aos mesmos tempos que para partos vaginais. Ambos procedimentos impõem necessariamente a habilidade no seu manejo.

Nas apresentações pélvicas, igualmente, a retirada do feto obedece rigorosamente aos mesmos tempos e técnicas propostos para o parto vaginal. O obstetra deve estar atento para o cordão umbilical do feto, praticando a chamada "alça de cordão" antes do desprendimento da cintura escapular e verificar a existência de circulares cervicais. O auxiliar desempenha papel importante, conduzindo o pólo cefálico externamente, conservando-o devidamente fletido, até que entre em contato com a abertura uterina. O obstetra não deve tracionar o feto, pois há sempre o risco de deflexão do pólo cefálico, o que dificulta, em muito, a extração fetal.

Nas situações transversas, o obstetra deve ter experiência suficiente para executar manobras de versão interna e extração podálica.

9. Clampeamento do cordão e cuidados imediatos com o RN

A ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após a extração fetal, exatamente da mesma maneira que no parto atendido por via vaginal, conforme trata o Capítulo 9 deste manual. Essa questão já exigiu estudos controlados sobre os efeitos do momento da ligadura do cordão na mãe e no recém-nascido. Não se verificaram indícios de efeitos significativos sobre a incidência de hemorragia pós-parto ou sobre a transfusão feto-materna.

Entretanto, sobre o recém-nascido, várias observações foram relatadas:

a) *os bebês com clampeamento imediato de cordão têm valores mais baixos de hematócrito e hemoglobina;*

b) *se depois do nascimento, o recém-nascido for colocado à altura da vulva ou abaixo por três minutos, antes do clampeamento do cordão, há transferência de aproximadamente 80 ml de sangue da placenta para o recém-nascido. Os eritrócitos nesse volume de sangue logo serão hemolisados, mas isso fornece cerca de 50 mg de ferro para as reservas do neonato e reduz a freqüência de anemia ferropriva no primeiro ano de vida. Teoricamente, pode causar hipervolemia, policitemia e hiperviscosidade, além de hiperbilirrubinemia. Entretanto,*

Acesse http://BlogEnfermagem.com

não foram observadas diferenças clinicamente relevantes e nenhuma diferença em relação à morbidade neonatal, quando se compararam os dois momentos de clampeamento do cordão; e

c) no que se refere a distúrbios respiratórios neonatais, não houve diferença significativa entre as duas condutas.

O clampeamento tardio (ou ausência de clampeamento) é o modo fisiológico de tratar o cordão, e o precoce é intervenção que deve ter indicações precisas. A "transfusão" de sangue da placenta para recém-nascido, nos casos de clampeamento tardio de cordão, é fisiológica e provavelmente não tem efeitos adversos, pelo menos em casos de baixo risco.

As indicações de clampeamento precoce de cordão relacionam-se a gestações e partos de risco, como por exemplo, a sensibilização Rh, o parto prematuro, o sofrimento fetal com depressão neonatal grave, parto gemelar e o da mulher HIV+. Nesses casos, o clampeamento tardio pode causar complicações e deve ser evitado.

10. Dequitação

Após a retirada fetal, enquanto a equipe cirúrgica individualiza os bordos da histerotomia, a dequitação, na maioria das vezes, ocorre de forma espontânea. Este tempo pode ser diminuído, utilizando-se ocitócicos. Pela vigorosa contração uterina que se obtém, a placenta é expulsa sem grandes dificuldades. Para uma discussão mais detalhada sobre o assunto, ver Capítulo 9.

Os estudos controlados que comparam a dequitação espontânea com a remoção manual da placenta têm mostrado que esta última é mais danosa, associando-se ao incremento da perda sanguínea materna e do risco de infecção, estatisticamente significativo. Assim, a retirada manual da placenta deve ficar restrita aos casos em que, espontaneamente, não se deu a dequitação, em período razoável de tempo para o procedimento cirúrgico.

11. Revisão da placenta e da cavidade uterina

É tempo obrigatório para a identificação de fragmentos placentários retidos ou de lesões das paredes uterinas, principalmente quando do uso de instrumentação para a retirada do feto. Recomenda-se a curagem da cavidade uterina com compressa para este procedimento.

Constitui passo técnico de grande relevância, para a identificação de anomalias (infartos, tromboses, tumores, etc.) e integridade da massa placentária e das membranas, e de anomalias do cordão (nós verdadeiros, e falsos, número de vasos, etc.).

12. Histerorrafia

Embora a sutura contínua ancorada seja prática freqüente no Brasil, o fechamento da cavidade uterina com pontos separados, em camada única, é o que fornece melhores resultados quando à cicatrização. Nos casos especiais de incisão segmento-corporal,

Acesse http://BlogEnfermagem.com

o fechamento é feito em duas ou três camadas, com pontos separados. Deve-se ter cuidado especial, excluindo a decídua da sutura muscular e praticando revisão da hemostasia. Para este tempo cirúrgico, os fios indicados são os de absorção lenta (catgut cromado n° 0, ou vicryl n° 0, ou dexon n° 0).

Pelo conhecimento disponível até o momento, este fechamento da cavidade uterina deve ser realizado com o útero em seu sítio habitual. Alguns estudos têm proposto que esta sutura seja realizada após a exteriorização do útero. No entanto, revisão sistemática sobre o assunto concluiu que não há evidência suficiente para recomendar o uso rotineiro da exteriorização uterina para o reparo da histerorrafia.

13. Peritonização

A sutura contínua com fio fino absorvível, como o catgut simples n° 2-0, é preconizada como a de escolha para o fechamento do peritônio visceral e parietal em chuleio simples.

Alguns autores sugerem que, na peritonização visceral, o auxiliar tracione o fio com força suficiente apenas para aproximarem-se os bordos, sem produzir o pregueamento da sutura, o que pode condicionar mudanças na posição da bexiga e da urodinâmica vesical. O fechamento da cavidade abdominal (sutura do peritônio parietal) também deve ser feito com chuleio contínuo, com fio absorvível e fino (catgut n° 2-0).

Entre estes dois tempos da peritonização, procede-se à revisão da cavidade abdominal, não somente para a retirada de sangue e coágulos acumulados, como também para a avaliação dos ovários e tubas uterinas.

Ensaios clínicos controlados têm comparado a peritonização com a não peritonização visceral e/ou parietal. Os resultados principais mostram que o não fechamento do peritônio diminui o tempo operatório, sem diferença significativa quanto à morbidade pós-operatória, necessidade de analgésicos e tempo de permanência hospitalar.

14. Fechamento do plano muscular

Deve ser feito com pontos separados em "U", com fio de absorção rápida (tipo catgut simples n° 0). Os pontos não devem ser apertados, pois podem provocar isquemia da musculatura.

15. Fechamento da aponeurose anterior dos músculos retos

Após revisão cuidadosa do plano muscular e da parede posterior da aponeurose à procura de pontos de sangramento (que devem ser sistematicamente hemostasiados), procede-se ao fechamento desta camada. Utilizam-se pontos separados, com fio de absorção lenta (vicryl n° 0, ou dexon n° 0) ou ainda fios inabsorvíveis.

A colocação de dreno de Penrose no espaço subaponeurótico não deve ser procedimento de rotina, mas está recomendada quando

Acesse http://BlogEnfermagem.com

existir risco aumentado de formação de hematomas ou infecção: alteração da coagulação sangüínea, alterações hemodinâmicas maternas no decorrer da cirurgia e dificuldade de hemostasia do plano músculo-aponeurótico.

É importante lembrar que a mulher grávida está em uma situação fisiológica de hipercoagulabilidade, o que facilita a hemostasia da parede abdominal nos procedimentos cirúrgicos, como é o caso da cesárea. Assim, a hemostasia mecânica é quase sempre suficiente, não havendo geralmente necessidade de eletrocauterização. Quando ela for utilizada, é preciso um cuidado especial com a placa para evitar queimaduras, mais freqüentes neste procedimento pela maior probabilidade de os campos cirúrgicos estarem molhados.

16. Aproximação do tecido celular subcutâneo

Desnecessária para alguns, é feita utilizando-se pontos separados de aproximação com fio de absorção rápida. Cuidados similares devem ser tomados com relação à hemostasia desta área.

17. Fechamento da pele

Recomenda-se que seja feito com fio inabsorvível fino (nylon n° 3-0 ou 4-0) com pontos simples ou tipo Donatti.

18. Curativo

Não mais se justificam os curativos extensos e fechados usados no passado. Atualmente tem-se demonstrado que curativo simples nas primeiras horas e manter a incisão descoberta, são procedimentos adequados. É suficiente lavar a incisão com água e sabão, mantendo-a seca.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

1. Antibioticoterapia

A cesárea é tida como cirurgia potencialmente infectada. Nas gestantes submetidas a cesárea eletiva ou em trabalho de parto, independentemente da integridade das membranas, recomenda-se antibioticoterapia profilática. **Revisões sistemáticas têm demonstrado claramente que o antibiótico profilático, em apenas uma dosagem, imediatamente após o clampeamento do cordão, é procedimento efetivo na prevenção de morbidade infecciosa puerperal materna. Muitos esquemas de antibióticos isolados ou em associação têm sido estudados, sem uma clara demonstração da supremacia de qualquer um deles. Recomenda-se, portanto, o uso de uma cefalosporina de primeira geração (cefazolina ou cefalotina, 2 g endovenoso) ou ampicilina (2 g endovenosa).**

A antibioticoterapia curativa é indicada apenas nos casos com um diagnóstico confirmado ou clinicamente suspeito de infecção.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

2. Medicação pós-operatória

Hoje é costume disseminado entre os médicos o use de anti-inflamatórios indicados como analgésicos. Tal medida não se justifica à luz da fisiologia, pois a inflamação é processo natural de defesa do organismo e os anti-inflamatórios podem apresentar alguns efeitos colaterais graves como a Insuficiência Renal Aguda. Por isso, analgésicos comuns devem ser de escolha, apenas quando necessários.

3. Sondagem vesical contínua

Aconselha-se a drenagem vesical em sistema fechado, por período de aproximadamente seis horas, dadas as óbvias dificuldades de deambulacao e à distensão vesical por demora no restabelecimento da micção espontânea. Não se justifica a continuidade da sondagem após este período de tempo, a menos que, por qualquer motivo, a mulher deva permanecer em repouso no leito por tempo também mais prolongado, ou na eventualidade de que alguma complicação tenha ocorrido.

4. Alimentação

Em condições de normalidade do ato cirúrgico, pode ser permitida a alimentação da puérpera em tempo precoce, utilizando-se inicialmente dietas preferentemente líquidas. Decorrido período de aproximadamente 8 a 12 horas, libera-se a dieta.

5. Deambulação

O levantar e caminhar precoces são recomendados. A restrição ao leito, além de desconfortável, favorece o aparecimento de fenômenos tromboembólicos.

6. Amamentação precoce

A amamentação deve ser estimulada e iniciada o mais precocemente possível. Oferece inúmeras vantagens, entre as quais, o estabelecimento da integração psíquica mãe-filho (ver Capítulo 16).

7. Alta hospitalar

A cesárea é procedimento cirúrgico invasivo da cavidade abdominal, sujeita a complicações intra-operatórias que obrigam à atenção pós-operatória. Assim, recomenda-se esperar pelo menos o restabelecimento parcial da função intestinal após a cesárea, e dar alta hospitalar ao final de 48 horas.

8. Retirada de pontos

O fechamento da pele com fio tipo nylon implica em retirada dos pontos entre o sétimo e déimo dia pó-operatóro.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cesárea é uma laparotomia que, quando bem indicada, tem seu papel na diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Quando se indica uma cesárea, ela deve ser realizada com a técnica adequada, levando em consideração as mais recentes evidências científicas, para minimizar a possibilidade de complicações inerentes ao procedimento.

No entanto, como foi discutido no Capitulo 4, a realização de cesáreas desnecessárias é potencialmente danosa, considerando que os riscos de morbidade e mortalidade materna e perinatal são maiores neste procedimento do que no parto vaginal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

11 ASSISTÊNCIA À MULHER NO PARTO FÓRCIPE

O fórcipe, utilizado na prática obstétrica desde a Antigüidade, continua tendo lugar de destaque na obstetrícia moderna. Quando bem utilizado é instrumento valioso, colaborando de forma efetiva e importante na realização do parto vaginal. Infelizmente, o estigma negativo que lhe foi imputado pelas antigas práticas obstétricas persiste entre os leigos e entre aqueles que não foram adequadamente treinados para seu uso.

Hoje, encontram-se afastadas da prática obstétrica as aplicações de fórcipe em cabeças altas ou encravadas no estreito médio do canal do parto **(contra-indicação absoluta).** O fórcipe baixo, no entanto, é mais requerido atualmente que há 40 anos, diante da comprovada eficácia em evitar a hipóxia fetal, abreviando o período expulsivo e minimizando os riscos de seqüelas neurológicas.

Em estudo de metanálise, comparando o fórcipe ao vácuo-extrator, evidenciou-se que este está associado a menor morbidade materna, reduzindo traumas, dor perineal, o uso de anestesia geral e regional e os índices de cesárea. O fórcipe, entretanto, esteve menos associado a cefalohematomas e hemorragias retinianas nos neonatos. Vale destacar, no entanto, que os recémnascidos não apresentaram danos sérios com nenhum dos instrumentos.

Neste capítulo serão abordadas as principais funções e características dos fórcipes, os modelos costumeiramente utilizados, as indicações de seu uso e as condições ideais de aplicabilidade do instrumento. As técnicas de aplicação serão encontradas em livros textos adequados. O aprendizado prático deverá ser efetuado em instituições de saúde preparadas para seu ensino, com instrutores devidamente treinados e experientes. Apesar da recente divulgação do vácuo-extrator no Brasil, este instrumento não será abordado. Em termos práticos, sua utilização é muito restrita no território nacional, havendo um número muito pequeno de profissionais treinados.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Funções e características dos fórcipes

Tem como principais funções a apreensão, tração, ocasionalmente rotação do pólo cefálico fetal e correção de assinclitismos. Varia consideravelmente em forma e tamanho, mas basicamente é constituído de dois ramos que se articulam após serem introduzidos seqüencialmente na vagina, de acordo com a posição do pólo cefálico. Cada ramo é constituído por colher, cabo, haste e articulação e tem duas curvaturas, a cefálica que abrigará a cabeça fetal, e a pélvica que se relaciona com o canal de parto.

Nos fórcipes cruzados, que após articulados ficam em forma de X, a mão direita segurará o ramo direito que, após aplicado, ocupará o quadrante direito da bacia materna. Por outro lado, a mão esquerda empunhará o ramo esquerdo, que se locará no quadrante esquerdo da bacia materna.

A concavidade da colher de cada ramo se defronta e se opõe, sendo que suas extremidades jamais se encontram, amenizando a compressão exercida sobre a cabeça fetal.

Principais fórcipes atualmente utilizados

1. Fórcipe de Simpson-Braun

Características: Articulação fixa por encaixe
Acentuada curvatura pélvica

Utilização: Nos fetos com sutura sagital no diâmetro ântero-posterior ou nas variedades de posição anterior e posterior, sem bossa importante.

2. Fórcipe de Kielland

Características: Articulação móvel, com deslize do ramo direito sobre o esquerdo
Curvatura pélvica discreta

Utilização: Pode ser aplicado em todas as condições (variedades oblíquas, diretas ou transversas). É o preferível para ser aplicado nas posições transversas e nas anteriores ou posteriores com bossa serosangüínea significativa, uma vez que permite uma pega que possibilita a correção do assinclitismo (articulação móvel). Pela quase inexistência de curvatura pélvica, é instrumento rotador por excelência.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

3. Fórcipe de Piper

Características: Articulação fixa por encaixe
Curvatura perineal acentuada
Curvaturas cefálica e pélvica pouco pronunciadas, promovendo discreta solicitação do assoalho perineal no momento da tração

Utilização: No parto pélvico com dificuldade de desprendimento do pólo cefálico derradeiro. A cabeça precisa, obrigatoriamente, estar insinuada. Na indisponibilidade deste instrumento, o fórcipe de Kielland ou de Simpsom poderão substituí-lo, dependendo da preferência e treinamento do parteiro.

Classificação do fórcipe em relação à altura da apresentação

1. Fórcipe de alívio

- *Cabeça visível no intróito vaginal, sem necessidade de separação manual dos grandes lábios,*
- *Cabeça rechaçando o assoalho pélvico,*
- *Sutura sagital no diâmetro antero-posterior (occipito púbico ou occipito sacro) ou nas variedades de posição occipito direita ou esquerda anteriores (ODA ou OEA),*
- *Rotação da cabeça fetal não excede 45°.*

2. Fórcipe baixo

- *Cabeça fetal pelo menos no plano +2 de De Lee / entre III e IV de Hodge sem, no entanto, alcançar o assoalho pélvico, com:*
- *Rotação <= 45° (variedade de posição occipito esquerda ou direita anterior rodando para occipito púbico ou variedade de posição occipito esquerda ou direita posterior rodando para occipito sacro),*
- *Rotação maior que 45° (variedade de posição occipito transversa, occipito esquerda ou direita posterior rodando para occipito púbico).*

3. Fórcipe médio

- *Quando a aplicação do fórcipe faz-se em cabeca cujo vértice está acima do plano +2 de De Lee / III de Hodge, com pólo cefálico insinuado. É conveniente e ideal o parecer de outro obstetra devido aos riscos inerentes à sua aplicação. Na prática obstétrica atual é procedimento de exceção.*

Indicações

A utilização do fórcipe torna-se justificável em casos que ameacem o bem-estar materno e/ou fetal e que possam ser revertidos ou melhorados pelo uso adequado e seguro do instrumento.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Algumas **indicações maternas** incluem a doença cardíaca, doença pulmonar grave, infecção intra-parto, certas condições neurológicas, eclâmpsia e síndrome HELLP. Indica-se, também, no período expulsivo prolongado, seja por exaustão materna, por inércia ou hipoatividade uterina ou, ainda, por incapacidade de utilizar adequadamente a prensa abdominal, como pode ocorrer após analgesia peridural ou quando a mãe é portadora de uma grande hérnia abdominal.

Nas portadoras de cicatrizes uterinas prévias, especialmente cesáreas, em virtude do risco iminente de rotura do útero, costuma-se abreviar o período expulsivo com o uso profilático do fórcipe.

As **indicações fetais** incluem o prolapso de cordão umbilical, o sofrimento fetal agudo e a cabeça derradeira insinuada no parto pélvico.

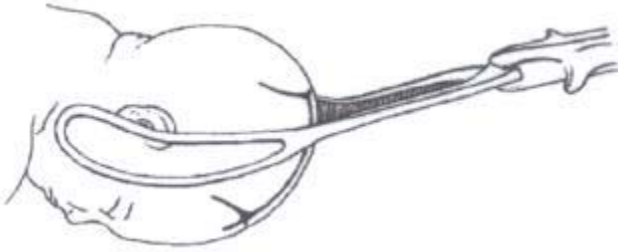
Condições de aplicabilidade do fórcipe

Para minimizar os supostos riscos da utilização do fórcipe, torna-se imprescindível que alguns pré-requisitos sejam obrigatoriamente seguidos. **O mais importante deles é a boa qualificação do obstetra.** Na indicação e na realização do procedimento, para que o aparelho seja adequadamente aplicado, necessita-se:

1. *Concepto vivo ou com morte recente*
2. *Anestesia materna*
3. *Bexiga vazia*
4. *Colo com dilatação completa*
5. *Membranas ovulares rotas*
6. *Diagnóstico correto da variedade de posição (OP, OEA, ODP, etc.)*
7. *Proporcionalidade adequada entre o feto e a pelve materna*
8. *Apresentação pelo menos no plano +2 de De Lee / entre III e IV de Hodge (preferencialmente no plano +3 de De Lee / IV de Hodge, na atualidade a grande indicação de aplicação do aparelho)*
9. *Episiotomia (preferencialmente médio-lateral)*

Embora o bloqueio pudendo possa ser adequado para o fórcipe de alívio, a anestesia regional, peridural ou raque, é usualmente requerida nos fórcipes baixos ou médios e quando há dificuldade de interpretação da variedade de posição fetal, especialmente na presença de bossa serosangüínea volumosa. Em poucas oportunidades é necessario utilizar a anestesia geral.

Pega Ideal (Biparietomalomentoniana)



Acesse http://BlogEnfermagem.com

Após decisão da aplicação do fórcipe, e antes de seu uso, deve-se esclarecer à mulher o que será feito, tranqüilizando-a em relação ao procedimento. Deve-se demonstrar segurança e reafirmar a necessidade, em prol do concepto ou da própria mãe, do uso do instrumento.

Resumidamente, as condições necessárias para aplicação do fórcipe podem ser enunciadas em cinco regras básicas, como referido por Fernando Magalhães:

1. Permeabilidade absoluta – regra do livre trânsito
2. Acessibilidade fácil – regra da pronta apreensão
3. Proporcionalidade exata – regra da acomodação perfeita
4. Perceptibilidade completa – regra do diagnóstico total
5. Responsabilidade integral – regra da técnica consciente

Procedimentos finais

Após o delivramento normal, efetua-se a revisão criteriosa do canal de parto, em busca de lacerações. Em seguida, procede-se à episiorrafia. Realizar toque retal ao final dos procedimentos, com o intuito de confirmar a integridade das estruturas e a ausência de transfixação do reto com pontos de sutura.

Os partos instrumentais associam-se a maior risco de hemorragias no quarto período e puerpério. É absolutamente necessária atenção redobrada à mulher após o parto. É o momento, também, de demonstrar à puérpera que seu recém-nascido está saudável e sem lesões decorrentes da utilização do instrumento. A tranqüilização da mulher e seu acompanhante é fundamental.

Embora seja instrumento valioso, a utilização do fórcipe é ainda muito irregular. As principais causas são, provavelmente, o estigma negativo que lhe é inadequadamente imputado e a inabilidade técnica dos profissionais para seu uso. Os serviços de ensino devem proporcionar, àqueles que se iniciam na arte obstétrica, todas as condições de aprendizado para que os profissionais saibam quando e como utilizá-lo para o benefício comum da saúde materna e neonatal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A Anestesia Obstétrica compreende múltiplas técnicas utilizadas para aliviar a dor associada ao trabalho de parto e o parto, bem como outras destinadas à realização de procedimentos cirúrgicos. O ato anestésico em Obstetrícia, embora possa ser considerado simples em muitas situações, exige uma formação especializada por parte do médico que o executa. Além do domínio das técnicas anestésicas, é necessário ter o conhecimento das particularidades desta especialidade. É preciso estar atento às alterações fisiológicas maternas que ocorrem durante a gravidez, aos aspectos farmacológicos relacionados à passagem transplacentária de drogas, aos efeitos dos agentes e técnicas anestésicas sobre a contratilidade uterina, bem como às situações patológicas que envolvem o ciclo grávido-puerperal.

Em um contexto de atenção humanizada ao nascimento, o anestesista e parte integrante da equipe multiprofissional responsável por esta atenção, seja na hora do alívio da dor associada ao trabalho de parto (Capítulo 8), seja na eventualidade de ser necessário algum procedimento cirúrgico ou alguma manobra ou intervenção mais invasivas. Em tais situações, a mulher e seu acompanhante (que já foram informados pela equipe da necessidade, finalidade e características do procedimento) devem idealmente ser abordados pelo anestesista que se identificará, explicará as alternativas para o procedimento anestésico, fará uma breve anamnese e decidirá, sempre que possível e preferentemente com a participação da mulher, pelo procedimento a ser realizado.

Aspectos Fisiológicos

Durante a gestação ocorre uma expansão volêmica às custas do aumento do volume plasmático, levando a uma hemodiluição. Existe também aumento da freqüência cardíaca e do débito cardíaco, enquanto que a resistência vascular diminui. Os valores de pressão arterial podem estar

Acesse http://BlogEnfermagem.com

ligeiramente abaixo dos níveis pré-gestacionais e a partir da 28° – 30° semanas de gestação pode ocorrer um fenômeno conhecido como "hipotensão supina". Trata-se da compressão da veia cava pelo útero grávido, ocasionando uma diminuição do retorno venoso e hipotensão materna. Recomenda-se, portanto, o deslocamento uterino ou a preferência pelo decúbito lateral.

Alterações respiratórias tais como menor capacidade residual funcional (-20%) e aumento da ventilação alveolar (+70% na gestação de termo), associadas a um aumento do consumo de oxigênio (+15 a 20%), predispõem à hipóxia e, no caso de anestesia inalatória, à indução e recuperação mais rápidas.

Outro aspecto importante quanto às alterações fisiológicas maternas está ligado principalmente ao trato gastrointestinal. Mais precisamente ocorre uma horizontalização do estômago e deslocamento do piloro para cima, levando a um retardo no esvaziamento gástrico. Há também uma diminuição do tono e da motilidade gástrica e do esfíncter esofágico inferior. A incidência de hérnia de hiato é maior na gravidez, particularmente nas gestantes com excesso de peso ou com aumento da pressão intra-abdominal por gestação múltipla ou polidrâmnio. Durante a gravidez aumenta o risco de regurgitação e aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, no caso de anestesia geral ou depressão do nível de consciência. Após a 18° - 20° semana, toda gestante deve ser considerada como paciente de "estômago cheio", com risco aumentado para aspiração pulmonar, independentemente do intervalo de tempo desde a última refeição. Nos procedimentos eletivos deve-se observar a mesma conduta de jejum adotada no serviço para as rotinas cirúrgicas (pelo menos oito horas).

Complicações

Caso haja aspiração de conteúdo gástrico, medidas enérgicas devem ser adotadas imediatamente. Deve-se posicionar a paciente em céfalo declive, com a cabeça voltada lateralmente e dar início à aspiração da boca e faringe e imediatamente proceder-se à intubação traqueal seguida de aspiração. Iniciar rapidamente a ventilação com oxigênio a 100% e, caso haja suspeita de aspiração de conteúdo sólido, deve-se indicar uma broncoscopia para remoção do corpo estranho. Deve-se solicitar raio X de tórax para investigar a possibilidade de atelectasias. A lavagem pulmonar com solução salina ou mesmo bicarbonato de sódio é contra-indicada, pois pode disseminar o material aspirado para áreas pulmonares não comprometidas. A aspiração de suco gástrico provoca uma pneumonite química, com grave dano ao parênquima pulmonar, com um quadro clínico de broncoespasmo, secreção pulmonar rósea e gradiente alvéolo-arterial elevado. O tratamento básico é a ventilação com O_2 a 100%, não está indicada a profilaxia com antibióticos e a administração de corticosteróides é bastante discutível. Esta paciente deverá permanecer em Unidade de Terapia Intensiva com controles freqüentes através de gasometrias.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Dentre as complicações anestésicas mais temidas, estão a falha de intubação traqueal e a aspiração pulmonar. Vários fatores predispõem a dificuldades durante a intubação na gestante: ganho de peso durante a gestação, aumento das mamas e edema de vias aéreas, além de outros não específicos da gestação, como limitação da abertura da boca ou da movimentação do pescoço, dentes incisivos protrusos ou outras anormalidades da face ou boca. A paciente obstétrica não deve receber anestesia geral via máscara facial e a intubação traqueal é mandatória, com tubos de calibre mais fino (6,5; 7,0; 7,5) e com balonete inflável.

Não se dispõem de estatísticas nacionais, mas nos Estados Unidos a anestesia permanece como uma das causas mais comuns de morte materna evitável. Um levantamento regional americano sobre a mortalidade materna num período de 30 anos constatou que 4,2% das mortes maternas foram de causa anestésica.

Instalações e recursos técnicos

A disponibilidade de atendimento anestésico em Obstetrícia deve ser planejada de acordo com a demanda e grau de complexidade dos procedimentos. Cabe lembrar que para a execução de anestesia obstétrica, os médicos que a praticam devem observar as normatizações contidas nas resoluções n° 1.363 de 1993 e n° 1.409 de 1994 do Conselho Federal de Medicina.

A unidade obstétrica deve dispor de salas de parto e/ou cirúrgicas com fonte de gases (0_2, N_2O e ar comprimido), bem como vácuo para aspiração, aparelho de anestesia completo, com respirador, bloco de fluxômetros e vaporizadores. Todo material de reanimação, incluindo laringoscópio com jogo de lâminas, cânulas de Guedel, tubos endotraqueais de diversos calibres, conjunto para ventilação manual, composto de máscara facial, bolsa de borracha e válvula unidirecional devem estar disponíveis. Assim também, drogas para ressuscitação e outras necessárias à execução da técnica anestésica. A unidade obstétrica deve contar com uma área para Recuperação Pós-Anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a demanda.

Para adequada monitorização da paciente obstétrica durante o ato anestésico, deve-se dispor de cardioscópio, monitores de pressão arterial (tensiômetros de coluna ou automático não invasivo) e oxímetro de pulso. Este, obrigatório em hospitais que possuam usina concentradora de oxigênio, deve ter seu emprego encorajado, principalmente quando da utilização de opióides por via espinhal. A utilização de capnógrafo é recomendável quando da anestesia geral.

Neste capítulo serão abordadas apenas as técnicas anestésicas para o parto cesárea, visto que para o parto vaginal já foram apresentadas com detalhes no Capítulo 8.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Técnicas Anestésicas para Cesariana

A técnica anestésica para a operação cesariana depende da indicação cirúrgica, do grau de urgência, da vontade da parturiente e do julgamento do anestesista e obstetra. São objetivos principais: produzir anestesia adequada, aliada à segurança e conforto materno, com o mínimo efeito depressor sobre o feto. No Brasil, sem dúvida nenhuma a anestesia regional, raquianestesia ou peridural, é a técnica de escolha para cesariana. A anestesia geral é considerada técnica de exceção, com indicações bastante restritas ou quando há falha de um bloqueio espinhal. A técnica de execução dos bloqueios espinhais foi descrita em detalhes no Capítulo 8.

Raquianestesia: Esta técnica é considerada uma excelente opção não só para cesarianas eletivas, como também para situações de emergência em pacientes que não estejam recebendo analgesia via peridural contínua. A raquianestesia apresenta algumas vantagens como simplicidade e início de ação rápido. A complicação mais comum é a hipotensão materna. Sempre que possível, a gestante deve receber 500 a 700 ml de solução eletrolítica, como Ringer Lactato, antes do início do bloqueio e deslocamento do útero para a esquerda. Caso haja hipotensão, esta deve ser prontamente tratada com aumento da velocidade de infusão da solução venosa e efedrina 5 a 10 mg em bolus por via intravenosa. No passado, uma grande desvantagem da raquianestesia era a cefaléia pós-punção, que ocorria em alta freqüência na população obstétrica. Atualmente, com a utilização das agulhas descartáveis de fino calibre e com ponta atraumática (do tipo "ponta de lápis"), a incidência de cefaléia pós-raqui pode cair para menos de 1%.

Os anestésicos locais utilizados na raquianestesia devem ser preferencialmente soluções hiperbáricas, podendo-se empregar a lidocaína a 5% *(60-75* mg) ou bupivacaína a 0,5% (12,5-15 mg).

Anestesia Peridural: A anestesia peridural é outra técnica de anestesia regional amplamente utilizada para a realização de operações cesarianas. Sua execução exige maior refinamento técnico e sua latência também e maior que a da raquianestesia. Este início de ação mais longo favorece seu emprego em pacientes que se beneficiam de um bloqueio simpático mais lento, como as portadoras de pré-eclâmpsia ou de doença cardiovascular. Além disco, a anestesia peridural pode ser preferida quando se prevê um procedimento cirúrgico mais prolongado, como em parturientes obesas ou com várias cesáreas prévias. O anestésico local mais empregado na anestesia peridural para cesarianas é a bupivacaína a 0,5% com adrenalina 1:200.000 (20-25 ml) associada ou não a 75-100 mcg de fentanil ou 20-30 mcg de sufentanil. A adição destes opióides melhora a qualidade do bloqueio, reduzindo o desconforto intra-operatório e minimizando a utilização de medicação analgésica e/ou sedativa suplementar.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Mesmo seguindo todos os rigores técnicos, algumas pacientes podem experimentar uma anestesia regional inadequada. Diante deste fato pode-se optar por:

- administração de uma segunda anestesia regional
- administração suplementar de analgésicos sistêmicos, como pequenas doses de opióides ou cetamina endovenosos
- realização de anestesia geral

Anestesia Geral: Algumas parturientes podem apresentar alguma contra-indicação a anestesia regional (coagulopatia ou hemorragia severa), ou o caso tratar-se de uma urgência obstétrica (como prolapso de cordão ou bradicardia fetal sustentada). Nestas situações, a indução de uma anestesia geral de seqüência rápida é preferível à anestesia regional.

A técnica de anestesia geral é a que se segue:

- *pré-oxigenação com O2 a 100%;*
- *administração endovenosa de tiopental sódico na dose de 4 mg/Kg (outros hipnóticos têm uma indicação mais restrita);*
- *aplicação de pressão sobre a cartilagem cricóide, ao início da perda de consciência, para ocluir o esôfago e reduzir a probabilidade de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico;*
- *administração endovenosa de succinilcolina na dose de 1-1,5 mg/Kg para propiciar um rápido relaxamento muscular e condições satisfatórias de intubação traqueal;*
- *inserção e confirmação do posicionamento adequado de um tubo endotraqueal corn balonete; e*
- *manutenção do anestesia com concentrações elevadas de O2 (pelo menos 50%) até o clampeamento do cordão. Pode-se utilizar óxido nitroso a no máximo 50% associado a baixas concentrações de anestésicos halogenados, ou seja, halotano a 0,5% ou isoflurano a 0,75%.*

Caso haja falha na intubação traqueal, deve-se proceder a ventilação sob máscara para restabelecer a oxigenação prontamente e evitar danos à mulher e ao feto. Na dependência do caráter emergencial da situação, o anestesista estará tecnicamente apto para insistir ou não no procedimento de ventilação e intubação traqueal da mulher. Se o procedimento for eletivo, é recomendável postergá-lo por algum tempo.

Recuperação Pós-anestésica (RPA)

A paciente obstétrica necessita dos mesmos cuidados pós-anestésicos que outros pacientes cirúrgicos. Requer uma vigilância devido às alterações fisiológicas que se seguem no pós-parto imediato e à possibilidade de complicações relacionadas ao controle de sangramento e contratilidade uterina. No caso desta paciente ter recebido alguma forma de anestesia, deve permanecer sob vigilância até sua total recuperação. A condição de alto deve ser

Acesse http://BlogEnfermagem.com

sempre registrada no prontuário da paciente. Quando submetida a uma anestesia geral, a mulher deve antes da alta, estar acordada e orientada quanto ao tempo, lugar e procedimento obstétrico, apresentar sinais vitais estáveis pelo menos na última hora, sentir-se confortável, com controle aceitável da dor, sem náuseas ou vômitos. Quando submetida a um bloqueio regional, a alta dependera também da sedação que tenha recebido e deve apresentar total recuperação do bloqueio motor para se evitar quedas por fraqueza muscular dos membros inferiores.

Durante este período, quando o estado de consciência e/ou psicológico permitirem, pode-se aproveitar a oportunidade para algumas orientações quanto a aspectos de aleitamento, cuidados pessoais e esclarecimento de duvidas. Ainda na RPA, deve-se inclusive estimular a amamentação para facilitar uma maior integração mãe-filho.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

1. Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morbi-mortalidade materna e perda fetal, principalmente nos países em desenvolvimento. O anestesista pode ser solicitado a realizar uma analgesia de parto, prover anestesia para uma cesariana, ou mesmo dar assistência na Unidade de Terapia Intensiva quando houver complicações. Os achados principais nesta condição patológica são hipertensão e proteinúria que ocorrem após 20 semanas de gestação. A Eclâmpsia é diagnosticada com qualquer grau de hipertensão, se ocorrerem convulsões.

O tratamento objetiva reduzir as complicações maternas e fetais:

- tratar a hipertensão;
- controlar as convulsões;
- fluidoterapia e tratamento da oligúria;
- decisão sobre quando realizar o parto; e
- controlar as alterações de coagulação.

Fluidoterapia: Acredita-se que a expansão volêmica, por si só, pode determinar vasodilatação, reduzir a pressão arterial e melhorar o fluxo sangüíneo regional, otimizando o efeito das drogas vasodilatadoras.

Convulsões: O sulfato de magnésia é o agente de escolha para a prevenção ou recorrência das convulsões. O esquema terapêutico mais empregado em nosso meio consiste numa dose de ataque de 4g par via intravenosa lenta (20 minutos) e manutenção através de infusão venosa de 1 a 2 g/hora, observando-se atentamente a gestante. É importante lembrar que o sulfato de magnésia potencializa os relaxantes musculares adespolarizantes, que devem ser usados com cautela, em doses reduzidas e com monitorização neuromuscular (ver Urgências e Emergências Maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. MS, 2000).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Anestesia e Analgesia: Nos casos de pré-eclâmpsia leve, a mulher pode prosseguir com um trabalho de parto. Se o estado de coagulação estiver normal, uma técnica regional de analgesia pode ser recomendada precocemente por diminuir a resposta ao estresse, facilitando o controle da pressão arterial e melhorando a perfusão placentária. A operação cesariana geralmente é indicada quando há piora das condições de vitalidade fetal ou agravamento do quadro materno, com impossibilidade de parto vaginal. A técnica mais recomendada, desde que não haja contra-indicações absolutas ou emergência, é a anestesia peridural. A paciente com eclâmpsia também pode receber anestesia regional, desde que as convulsões estejam controladas e a paciente não esteja em coma, mesmo que superficial. Após os cuidados iniciais como administração de oxigênio, deslocamento uterino, monitorização e expansão volêmica (500 ml de solução cristalóide), desde que não haja sofrimento fetal agudo, procede-se à anestesia peridural como descrita anteriormente, ou através de doses suplementares por catéter peridural. Existe alguma discussão quanto ao emprego de soluções de anestésico local contendo adrenalina. É recomendável a associação de opióide (100 mcg de fentanil) ao anestésico local para melhorar a qualidade do bloqueio e fornecer alguma analgesia pós-operatória. Caso haja hipotensão materna, com quedas além de 20% dos valores iniciais, recomenda-se a administração de efedrina intravenosa em doses de 2,5 a 5,0 mg.

2. Síndromes hemorrágicas

A anestesia de escolha está na dependência da causa, gravidade do quadro materno, condições de vitalidade do concepto e possibilidade de avaliação e adequada reposição das perdas sanguíneas maternas. As técnicas regionais não são totalmente contra-indicadas, mas sua indicação está condicionada à possibilidade de reposição volêmica materna prévia, avaliação do estado de coagulação materno e à urgência da retirada do feto. Por exemplo, na presença de uma placenta prévia centro-total com a gestante hemodinamicamente estável e feto em boas condições, pode-se dar preferência à anestesia peridural, sempre com o cuidado de se proceder à cateterização de dois acessos venosos calibrosos e disponibilidade imediata de sangue. Em condições maternas semelhantes, mas em presença de sofrimento fetal, pode-se utilizar a raquianestesia devido à sua latência mais curta. Caso a situação materna não permita uma adequada reposição volêmica, ou haja sinais clínicos de coagulopatia ou grave sofrimento fetal, deve-se optar pela anestesia geral.

3. Cardiopatias

A gestação aumenta o trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio. Durante o parto, estas alterações se exacerbam, e no pós-parto imediato há um importante aumento do volume circulante e aumento da resistência vascular periférica, aumentando o risco para a gestante cardiopata. O planejamento anestésico deve levar em conta essas

Acesse http://BlogEnfermagem.com

flutuações hemodinâmicas e toda cirurgia não imprescindível deve ser adiada para 15 dias após o parto, quando a maioria das alterações hemodinâmicas da gestação já se normalizou.

O sucesso do atendimento à gestante cardiopata depende do conhecimento do diagnóstico da lesão e do grau de comprometimento funcional. É fundamental uma boa avaliação pré-operatória, de preferência com exame clínico especializado, eletrocardiograma e ecodopplercardiograma. Nos casos mais graves, deve-se planejar uma abordagem multidisciplinar envolvendo a equipe obstétrica, a cardiologia e a anestesiologia.

As Diretrizes em Cardiologia para o atendimento da gestante com cardiopatia recomendam:

- *oxigenoterapia;*
- *monitorização contínua através de eletrocardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial média;*
- *controle da volemia, limitando-se a infusão de líquidos a 75 ml/h;*
- *decúbito lateral esquerdo elevado durante o trabalho de parto;*
- *analgesia peridural contínua, instalada precocemente, na dependência da dor e não da dilatação cervical; e*
- *acompanhamento das perdas sanguíneas e ocitocina com cautela, em infusão contínua.*

Anestesia para parto vaginal: a anestesia regional é, sem dúvida, a técnica mais empregada para o atendimento às gestantes cardiopatas. Tanto a peridural como a raquianestesia não acarretam grandes repercussões hemodinâmicas durante o parto vaginal, pois o nível de bloqueio sensitivo é baixo (nível máximo T10). Existe grande vantagem na associação de anestésicos locais e opióides em baixas doses, produzindo analgesia adequada e pouca interferência na resistência vascular periférica. Uma boa alternativa é o emprego do bloqueio duplo raqui-peridural (ver Capítulo 8).

Anestesia para cesariana: como o nível sensitivo de bloqueio necessário à realização de uma operação cesariana é mais elevado (T6 – T4), a anestesia regional é acompanhada de maiores repercussões cardiovasculares. Portanto, de uma maneira geral, recomendam-se os bloqueios regionais para os casos assintomáticos e a anestesia geral para os casos mais graves.

4. Asma

A evolução da asma brônquica na gestação é imprevisível. Portanto, a definição da gravidade clínica, baseada no tipo de evolução durante a gestação, será muito importante para definir a abordagem anestésica dessas parturientes, incluindo os critérios de tempo sem crises, uso de medicação anti-asmática, presença de sintomas, internações hospitalares e consultas médicas por esta causa, e uso de corticóide, entre outros.

Quando a via de parto é a vaginal, toda gestante asmática deve receber analgesia por técnica regional precocemente, independente

Acesse http://BlogEnfermagem.com

da gravidade clínica, para evitar-se que o estresse do trabalho de parto agrave as condições respiratórias. No caso de operações cesarianas, deve-se verificar se a paciente está em crise ou não. Em caso afirmativo, a técnica indicada seria anestesia geral. Caso esteja fora da crise, então a conduta dependerá da condição clínica: asma leve a moderada – anestesia peridural; asma grave – anestesia geral. Para a anestesia geral, recomenda-se tentar melhorar a crise antes da anestesia, utilizar a capnografia durante todo o procedimento e como agentes de indução anestésica, deve-se utilizar a cetamina (0,7-1 mg/kg) ou etomidato (2 mg/kg) nas com hipertensão arterial associada.

O tratamento da crise asmática deve seguir o seguinte esquema:

- Oxigenoterapia – cateter nasal ou máscara. Nos casos severos é indicada a intubação traqueal e ventilação mecânica.

- Beta-adrenérgicos

Inalação: Fenoterol, 0,5% - 2,5 mg (0,5 ml)/3 ml salina;

Salbutamol, 0,5% - 2,5 mg (0,5 ml)/3 ml salina.

Subcutâneo: Adrenalina 1: 1000-0,3 ml a 0,5 ml.

Intravenoso: Salbutamol – ataque: 250 mcg em 10 minutos;

manutenção: 3-20 mcg/min (de acordo com a resposta e FC).

Terbutalina – ataque: 250 mcg em 10 minutos;

manutenção: 1,5-5,0 mcg/min (de acordo com a resposta e FC).

- Aminofilina EV:

Dose de ataque: 5-6 mg/kg (se não usou nas últimas 24 horas ou 2,5-3 mg/kg (se usou e sem sinais de toxicidade) diluída em soro fisiológico, em 30 minutos.

Manutenção: 15-20 mg/kg/24 horas.

- Corticosteróides EV:

Hidrocortisona – 3 a 4 mg/kg de 6/6 horas.

Metilprednisolona – 40 a 80 mg de 6/6 ou 8/8 horas. Nos casos graves, até 125 mg de 6/6 horas.

5. Diabetes

A paciente diabética é deficiente na secreção de insulina, de forma absoluta ou relativa, e o estresse aumenta a resistência à insulina.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Diante disto, o anestesiologista terá que:

- *diminuir a resposta ao trauma anestésico-cirúrgico; e*
- *corrigir a deficiência insulínica durante o ato anestésico-cirúrgico, de acordo com as necessidades de cada paciente, através de dosagens periódicas do glicemia, empregando-se fitas ou tiras (Destrostix e glicosímetros).*

Durante a anestesia, deve-se prevenir a hipotensão materna, preservando-se o fluxo sangüíneo útero-placentário através de: infusão de soluções cristalóides no pré e no intra-operatório, deslocamento do útero para a esquerda e para cima, administração de oxigênio e prevenção de hiperventilação.

Em relação aos níveis glicêmicos, é aconselhável que sejam corrigidos quando maiores que 120 mg/dl, procurando mantê-los em níveis de 90mg/dl, sendo importante o controle horário de glicemia para se evitar os riscos de hipo ou hiperglicemia materna.

Nos procedimentos eletivos deve-se omitir o café-da-manhã. Tais procedimentos devem ser realizados preferentemente no primeiro horário da manhã. É comum a paciente receber 1 /3 da dose matinal de insulina. É indispensável que o anestesista tenha conhecimento do tipo de insulina empregado e que as necessidades maternas diminuem após o parto.

Em situações de urgência, e preciso saber o estado de jejum e se a gestante tomou insulina. Os cuidados com o estômago cheio devem ser intensificados, uma vez que o risco para regurgitação e aspiração está aumentado na grávida diabética. Conforme o tempo de evolução desta patologia, podem estar presentes as seguintes alterações: neuropatia autonômica (gastroparesia) e limitação da extensão da articulação atlanto-occipital (Síndrome de Stiff-Joint), acarretando maiores dificuldades para as manobras de laringoscopia e intubação traqueal.

Parto Vaginal
As anestesias regionais são as mais recomendadas por diminuírem a resposta endócrino-metabólica do trabalho de parto. As técnicas estão descritas no capítulo 8, e cuidado especial deve ser tomado com relação à hidratação e controle da glicemia.

Operação Cesariana
Podem-se utilizar os bloqueios regionais ou a anestesia geral, segundo as técnicas descritas acima. Alguns autores não recomendam a utilização de AL com vasoconstritores, pela possibilidade de isquemia em pacientes com neuropatia e/ou vasculites.

6. Necessidade de relaxamento uterino

Em algumas situações, tais como cabeça derradeira, versão e grande extração pélvica (segundo gemelar), hipertonia uterina, em que há necessidade de extensa manipulação intrauterina, deve-se

Acesse http://BlogEnfermagem.com

dar preferência à anestesia geral, empregando-se halotano na concentração de 1 a 1,5% para proporcionar relaxamento uterino satisfatório por um breve período de tempo, suficiente para as manobras obstétricas. Em caso de parto vaginal, tão logo haja o desprendimento da cabeça, o halotano deve ser rapidamente interrompido, a paciente hiperventilada, para evitar maiores perdas sanguíneas em decorrência de atonia uterina que pode ser atribuída aos agentes halogenados.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

13

ASSISTÊNCIA À MULHER NO PARTO DE GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

A caracterização de uma gestação como sendo de risco não é um procedimento simples. Requer o conhecimento de toda a fisiologia obstétrica, das condições sócio-demográficas das mulheres e também dos processos patológicos, tanto próprios, quando intercorrentes na gravidez, para que a conceituação seja clara e objetiva. 0 Ministério da Saúde já dispõe, para este fim, do manual técnico sobre Gestação de Alto Risco. Para a atenção às mulheres em situações de risco de morte materna, os temas foram abordados em outro manual técnico, o de Urgências e Emergências Maternas. 0 enfoque do presente capítulo é o da atenção da mulher que tenha, no momento de seu parto, uma gestação considerada como de major risco potencial. Portanto, pressupõe uma avaliação pelo profissional no momento da internação para o parto.

É importante considerar que a gestante de alto risco deverá ter uma abordagem diferenciada pela equipe profissional, pela maior probabilidade de que ocorram complicações, tanto para ela como para o feto/recém-nascido. Também há a necessidade de apoiar e tranqüilizar a família e a mulher, uma vez que a situação geralmente traz um maior nível de ansiedade e medo, sobretudo quando informada de seu risco.

Esta abordagem diferenciada não significa, necessariamente, realizar um parto por cesárea. Ao contrário, mais freqüentemente, a resolução indicada para uma grande parte das situações que caracterizam o risco é justamente a do parto vaginal. Assim, situações clínicas como as de hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia, diabetes, pós-datismo e outras deveriam ser o foco de tentativas mais concretas de se conseguir o parto vaginal, pelas evidentes vantagens que traz.

Existem normatizações sobre a caracterização das instituições capacitadas para a atenção ao parto de gestações de alto risco. É obrigação dos gestores das maternidades conhecê-las. Envolvem, logicamente, características mínimas ideais da equipe profissional e sua capacitação, instalações físicas (centro cirúrgico, banco de sangue, unidade

Acesse http://BlogEnfermagem.com

de terapia intensiva, berçário, laboratório, etc.), além de estratégias administrativas da instituição para facilitar este atendimento e a garantir a devida inserção no sistema de saúde hierarquizado.

Na assistência ao parto de gestação de alto risco, utilizam-se os mesmos passos técnicos da assistência do parto de baixo risco, acrescidos de alguns que lhes são próprios.

1. Vigilância materna

- À admissão, para os procedimentos considerados rotineiros, valem as mesmas orientações que para o parto de baixo risco. Outros procedimentos iniciais, como a medida da pressão arterial e contagem da freqüência cardíaca, por representarem sinais especialmente importantes na evolução do parto de alto risco, devem ser repetidos a intervalos menores, pois mudanças nos seus valores poderão determinar alterações nas condutas previamente estabelecidas.

- É fundamental incluir o controle da dor, e das condições respiratórias, cardíacas e hemodinâmicas. Recomenda-se a disponibilidade de determinados recursos (monitor cardíaco, oxímetro de pulso, exames laboratoriais); da facilidade para a obtenção de procedimentos menos usuais; além de anestesista disponível na maternidade e ciente do caso, e a opinião de profissionais especialistas quando isso for necessário.

- A dieta da parturiente portadora de fator de risco gravídico é discutível. Se para a gestante normal são, permitidos dieta leve e líquidos, para a grávida de alto risco a chance de aspiração do conteúdo gástrico (Síndrome de Mendelson) aumenta muito, dada a maior possibilidade de partos cesáreos e principalmente de utilização da anestesia geral. Assim, é preferível manter esta parturiente em jejum, tomando-se o devido cuidado de fornecer as calorias necessárias ao desenvolvimento do trabalho de parto, ainda que seja através de infusões endovenosas de glicose.

2. Vigilância fetal

- A vigilância fetal durante o trabalho de parto de gestações de alto risco deve tomar em conta a avaliação da vitalidade fetal, incluindo o próprio desenvolvimento intra-uterino do feto. É importante ressaltar que exames realizados anteriormente, ou no momento da internação hospitalar, como ultra-sonografia, provas de monitorização eletrônica fetal, Perfil Biofísico Fetal e dopplervelocimetria, devem ter suas indicações precisas em coda situação clínica, não sendo necessárias todos em todos os casos. A depender dos resultados destas provas, conforme abordado no manual técnico de Gestação de Alto Risco, deverá ser seguida a vitalidade do feto no transcurso do trabalho de parto de uma forma rigorosa.

- Já à admissão, a amnioscopia pode revelar dados importantes para a avaliação da vitalidade fetal. A presença de líquido meconial em fases precoces do trabalho de parto é um sinal

Acesse http://BlogEnfermagem.com

de alerta que implica em maior vigilância fetal. Por outro lado, a presença de mecônio espesso, identificado após a rotura das membranas em apresentações cefálicas, indica alta probabilidade de sofrimento fetal.

- O monitoramento da freqüência cardíaca fetal e o método mais amplamente utilizado para a avaliação das condições de vitalidade do feto. Pode ser feito de modo intermitente ou contínuo. O método de escuta intermitente dos batimentos cardíacos fetais é realizado através do estetoscópio monoauricular de Pinard, ou através do sonar portátil. Em ambos os casos, para que se torne método confiável, são necessários alguns cuidados técnicos.

Assim, o primeiro passo é o estabelecimento da freqüência cardíaca fetal basal, ou seja, os seus valores obtidos entre contrações. É a partir destes que se diagnosticam a taquicardia fetal (freqüência maior que 160 batimentos/minuto) e a bradicardia (valores menores que 120 batimentos/minuto), tomadas como sinal importante para o diagnostico de sofrimento fetal.

Os batimentos devem ser escutados antes, durante e depois das contrações. Quando isto não for possível, a ausculta deve ser feita a partir do meio da contração até o seu desaparecimento completo, pois só assim poderão ser identificadas as desacelerações tardias e variáveis prolongadas, elementos propedêuticos extremamente importantes para o diagnóstico de sofrimento fetal.

Deve ficar claro que estes elementos podem ser obtidos tanto pela ausculta intermitente, como pelo monitoramento eletrônico que, tanto quanto possível, deve ser preferencial no acompanhamento do trabalho de parto de alto risco. As instituições capacitadas a este tipo de atenção deveriam dispor de monitores eletrônicos fetais e seus profissionais deveriam ser adequadamente treinados para sua utilização e interpretação.

Contudo, não existem evidências científicas que demonstrem que o controle eletrônico da vitalidade fetal com monitor durante o trabalho de parto mostre evidentes vantagens com relação ao controle clínico intermitente realizado com estetoscópio de Pinard ou sonar por profissionais treinados. O monitor fetal facilita o controle da vitalidade fetal.

- A utilização da gasometria capilar fetal é método caro e, embora seus resultados sejam confiáveis, é pouco utilizado no Brasil. Contudo, sempre que possível e disponível, constitui ainda um excelente método para ajudar o diagnóstico de situações de hipóxia fetal, onde estariam indicadas medidas para atenuá-las, inclusive no que diz respeito à via de parto. Outra possibilidade, ainda pouco explorada no país, é a da oximetrja de pulso fetal, acoplada a sistemas de monitorização fetal intra-parto.

3. Assistência ao parto

- Diferentemente do parto de baixo risco, em que não se restringe a posição da parturiente, nas gestações de alto risco,

Acesse http://BlogEnfermagem.com

o decúbito lateral acaba sendo a posição de escolha. Para avaliação global da evolução do trabalho de parto, indica-se uso do partograma que fornece elementos objetivos para o diagnóstico de distócias, conforme detalhes no Capítulo 6.

Especificamente nestas situações, é indispensável ocorrer uma integração completa da equipe multiprofissional, incluindo o obstetra, o pediatra, o anestesista, possivelmente o clínico, a enfermeira e outros. A maioria dos casos de gestantes de risco em trabalho de parto tem indicação de analgesia precoce. Isso é especialmente importante nas situações de cardiopatia materna, para evitar a sobrecarga hemodinâmica resultante dos esforços de puxo do período expulsivo, com a possível conseqüente descompensação cardíaca materna.

- Ponto que merece discussão é o momento de se praticar a amniotomia. Até há alguns anos, recomendava-se a rotura artificial e precoce das membranas, visando o desencadeamento do trabalho de parto e encurtamento de seu tempo. Entretanto, a rotura precoce das membranas amnióticas favorece o aparecimento de cavalgamentos e bossas serosanguíneas, além das desacelerações precoces. Estas últimas podem ser tomadas como sinal de alarme para o sofrimento fetal. Desta forma, **quanto mais tardia for a rotura amniótica artificialmente realizada, melhores serão as condições fetais.**

A assistência ao período expulsivo deve levar em conta a posição da parturiente, a condição patológica que caracteriza o alto risco e as indicações de antecipação do parto com o uso profilático de fórcipe.

- Na parturiente de alto risco, a posição convencional ginecológica é a mais utilizada, freqüentemente com o dorso levemente alçado, inclusive porque a mulher estará sob analgesia peridural, na maioria das vezes. **A episiotomia não tem indicação sistemática.** Deve ser indicada seletivamente em casos onde se julgue imprescindível para evitar roturas perineais sempre também quando o fórcipe for utilizado.

- Passível de discussão e o uso profilático do fórcipe ou fórcipe de alívio. Embora as opiniões sejam divergentes, o preceito básico de se preservar a normalidade deve prevalecer. Assim, frente à evolução normal do segundo estágio e mantidas as condições de vitalidade materna e fetal, não há respaldo para esta intervenção sistematicamente realizada. Recomenda-se reservar o fórcipe às suas indicações clássicas e nas situações de cardiopatias e pneumopatias, para evitar o esforço físico materno do período expulsivo, que pode favorecer uma descompensação. Detalhes sobre a utilização deste instrumento estão disponíveis no Capitulo 11.

- Na assistência ao parto de baixo risco, a orientação é de se proceder à ligadura tardia do cordão, isto é, cessados os batimentos. Na gravidez de alto risco, algumas condições contra-indicam tal conduta, como é o caso da isoimunização materno-fetal e HIV+.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- O atendimento ao quarto período na gravidez de alto risco deve ser intensivo, pois as chances de complicações são maiores. Tais são os casos de hipertensas graves, cardiopatas, préeclâmpticas ou eclâmpticas, diabéticas, etc. Após um período de permanência na sala de recuperação pós-anestésica, a mulher deverá ser encaminhada para uma unidade de cuidados intensivos, sob supervisão anestésica, obstétrica e clínica, se sua situação assim o indicar.

- Mais do que nas situações de normalidade, o atendimento ao parto de gestante de alto risco pressupõe também a necessidade de adequado encaminhamento para a revisão puerperal e orientação quanto ao planejamento familiar, abordados no Capítulo 20.

Situações especiais:

1. Feto com restrição do crescimento intra-uterino (RCIU)

O RCIU não constitui uma indicação absoluta de parto por cesárea, considerando que cerca de 60% dos casos podem evoluir para parto vaginal, sem nenhum tipo de complicação quanto à vitalidade fetal. Seu controle durante a evolução do trabalho de parto deve ser feita de maneira rigorosa, como já preconizado anteriormente neste capítulo.

2. Gestações pré-termo

No parto prematuro, sempre que for possível, é importante lembrar que os fetos pré-termo devem se beneficiar da administração parenteral de corticóide para acelerar a maturidade pulmonar (pelo menos por 24 horas, para que haja tempo suficiente para que sua ação possa se manifestar). Também nesta situação não existe nenhuma evidência científica que suporte a opção pelo parto cesariano, desde que a apresentação seja cefálica. Constitui ainda situação em que a preservação das membranas ovulares íntegras pelo maior tempo possível e medida eficaz de manutenção das boas condições de saúde fetal.

3. Apresentação pélvica

A via de parto de fetos em apresentação pélvica, tanto de termo quanto pré-termo, sempre foi motivo de controvérsias na literatura mundial, dados os riscos potenciais a ela associados. Tradicionalmente, parto vaginal era recomendado na apresentação pélvica em gestações de termo sem complicações adicionais. Alguns países também indicavam a via vaginal mesmo em mulheres primigestas, que não acontecia na América Latina em geral e no Brasil, em particular. Existe consenso na literatura internacional de que a melhor forma de abordagem à gestação com feto em apresentação pélvica, é a de se proceder a uma versão cefálica externa ao redor das 37 semanas de idade gestacional, obviamente realizada apenas por profissional capacitado para o procedimento e se houverem condições ideais para isso (gestação única, bolsa íntegra, ausência de trabalho de parto, exame ultra-sonográfico, ausência de circulares

Acesse http://BlogEnfermagem.com

de cordão, sem cicatriz de cesárea prévia, facilidades no serviço para a atenção imediata de possíveis complicações).

Quando a versão externa não for possível ou não resultar em êxito, atualmente indica-se o parto cesáreo para as apresentações pélvicas, com base em evidências científicas recentes, independentemente de outras variáveis.

Preferencialmente, a cesárea deve ser indicada quando iniciado o trabalho de parto e não eletivamente, para evitar as possíveis complicações decorrentes de uma prematuridade iatrogenicamente induzida. Além disso, é importante lembrar que no desprendimento do feto, durante uma cesárea em apresentação pélvica, devem ser realizadas as manobras similares àquelas recomendadas para a atenção ao parto vaginal nesta apresentação.

4. Gestação gemelar

Existem evidências que demonstram que a programação para o parto (planejamento sobre o hospital de escolha para o parto e seus recursos técnicos e humanos de obstetrícia, anestesia e neonatologia) é fundamental na obtenção de bons resultados maternos e perinatais. Com relação à via de parto, vale ainda a indicação clássica de que em apresentações cefálicas do primeiro gemelar, o parto deve ser vaginal sempre que o peso fetal estimado for maior que 1500g. Nas demais apresentações do primeiro gemelar, a cesárea está indicada.

Persiste ainda alguma dúvida quanto à melhor intervenção para o Segundo gemelar não cefálico, após o nascimento do primeiro por via vaginal. Existem evidências de que a cesárea sistemática nesta condição específica não representa nenhuma vantagem sobre as manobras clássicas de versão interna e extração podálica (ou ainda sobre a versão externa que é pouco praticada no Brasil), quanto aos resultados perinatais e, por outro lado, alguma desvantagem em termos de morbidade infecciosa materna, desde que existam profissionais treinados para realizá-las.

Outra alternativa descrita para esta situação é a versão externa para apresentação cefálica. Este procedimento, contudo, além de não ser prática freqüente no país, parece não ser vantajoso com relação a versão interna com extração podálica.

5. Cesárea anterior

A presença de antecedentes de uma cesárea anterior não contraindica a ocorrência de trabalho de parto na gestação subseqüente. O incentivo à realização de prova de trabalho de parto nestas mulheres é uma das medidas mais importantes para a redução das taxas de cesárea no Brasil. O risco de complicações maternas (rotura uterina, deiscência de cicatriz, etc.), assim como de complicações fetais (sofrimento) é muito baixo, desde que haja adequada vigilância do trabalho de parto e da vitalidade fetal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Não existem limites de intervalo interpartal que contra-indiquem o trabalho de parto em gestante corn cesárea anterior, desde que a incisão da primeira cesárea tenha sido segmentar. O índice de sucesso para parto vaginal nas mulheres submetidas a uma prova de trabalho de parto é de, no mínimo, 50%; alguns trabalhos mostram cifras de até 70 a 80%.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na prática obstétrica existem várias condições que indicam o término da gravidez, em qualquer idade gestacional, antes do início espontâneo do trabalho de parto. Entre elas, as mais freqüentes são as síndromes hipertensivas, diabetes, colagenoses, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), pós datismo, comprometimento da vitalidade fetal, isoimunização materno-fetal, morte fetal infra-útero, rotura prematura de membranas e corioamnionite.

A indução do trabalho de parto é praticada sistematicamente apenas em alguns poucos hospitais, geralmente públicos e universitários, em proporções bem inferiores aquelas de países mais desenvolvidos. Não há ainda no país uma ampla disponibilidade comercial de métodos de preparo de colo e de indução do trabalho de parto, o que contribui certamente para os altos índices de parto por cesárea.

Num contexto de humanização do nascimento, de respeito aos direitos e desejos das mulheres, e da prática de uma obstetrícia baseada em evidências, é importante que se esclareça que a indução do parto é um procedimento aceitável e recomendável sob o ponto de vista médico e humano, sempre que exista uma indicação para isso, para evitar um mal maior. Este pode tanto manifestar-se como um resultado materno ou perinatal desfavorável ou, mais freqüentemente, como uma cesárea desnecessária e suas possíveis conseqüências. Esta abordagem nada tem a ver com o freqüente use de substâncias que estimulam a contração uterina apenas com o objetivo de antecipar ou encurtar o trabalho de parto em benefício dos interesses pessoais dos profissionais de saúde ou das próprias gestantes. Além disso, é importante que se esclareça que um "soro" colocado na gestante por uma ou duas horas **não é** indução do parto; que ele não consegue fazer num espaço de tempo tão curto, o que a natureza demora alguns dias.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Qualquer método a ser utilizado exige a presença de profissional treinado, instalações da maternidade adequadas à necessidade de use de infusões endovenosas, de controle freqüente da vitalidade fetal, de realização de procedimentos cirúrgicos de urgência, de disponibilidade de recursos de banco de sangue e de anestesia, entre outros. A gestante, bem como seu companheiro ou acompanhante, devem estar informados e esclarecidos sobre o método escolhido e concordarem com ele. Idealmente toda a equipe profissional deveria estar motivada para os benefícios de um parto vaginal, comparativamente à cesariana, para colaborar com a mulher durante todo este processo.

Aspectos fisiológicos

O sucesso na indução do parto depende da obtenção de contratilidade uterina e dilatação progressiva do colo. A contração uterina adequada para a dilatação cervical está diretamente relacionada ao estado inicial do colo e à idade gestacional. O colo uterino é imaturo e firme durante todo o período da gravidez, até os últimos dias ou semanas que antecedem o parto, quando profundas modificações biológicas e bioquímicas ocorrem, tornando-o macio e complacente.

A primeira classificação clínica das condições de amadurecimento do colo uterino foi realizada por Bishop (1964) que desenvolveu um escore com cinco variáveis para estabelecer o estado do colo (Quadro 1). A partir desse estudo, o índice de Bishop passou a ser utilizado com o propósito de se estabelecer, genericamente, a predição de sucesso à indução do trabalho de parto. Considera-se como favorável ao sucesso para parto vaginal, em menor tempo, a presença de índice de Bishop maior ou igual a nove, como intermediário um escore entre cinco e oito, e desfavorável quando menor que cinco pontos.

Quadro 1. Parâmetros para a avaliação do colo uterino - Bishop 1964)

Parâmetros	Pontuação			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 +
Esvaecimento (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	80 +
Consistência colo	Firme	Mediana	Amolecida	
Posição do colo	Posterior	Centralizado	Anteriorizado	
Plano apresentação de De Lee / Planos de Hodge	- 3 / I	- 2 / II	- 1/0 / III	+ 1

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Na presença de colo uterino desfavorável, atualmente considera-se benéfica e fundamental a realização de preparo cervical prévio à indução do parto. A indução de contratilidade uterina sem o preparo cervical prévio está associada a altas taxas de falhas de indução e parto por cesárea.

O preparo do colo deve ser entendido como um meio para se obter o trabalho de parto e parto. Contudo, ainda não existe um método que possa ser considerado ideal para o preparo do colo, que cumpra com todas as seguintes propriedades, ideais:

- ausência de efeitos adversos para a mãe e feto;
- amadurecimento do colo em curto período de tempo (até 12 - 24h);
- não causar desconforto à mulher;
- não ser invasivo, mas de fácil aplicação; e
- não estimular a contratilidade uterina.

Embora esta última propriedade não represente um consenso entre os autores, sabe-se que a contração uterina com colo imaturo associa-se à maior probabilidade de trabalho de parto laborioso e exaustivo, elevando o risco de efeitos adversos como sofrimento fetal, desconforto materno e outros.

MÉTODOS DE PREPARO CERVICAL

Na prática, os métodos atualmente disponíveis e úteis para o preparo do colo uterino prévio à indução do trabalho de parto são:

1. Métodos mecânicos

Denomina-se método mecânico o instrumento ou dispositivo colocado no canal cervical ou no espaço extra-amniótico. São exemplos deste tipo de método as sondas, catéteres e os preparados com algas marinhas (laminaria). As sondas classicamente utilizadas, como a retal no método de Krause, têm sido mais recentemente trocadas por outros modelos menos rígidos, a exemplo da **sonda de Foley.**

Quanto ao mecanismo de ação, as algas naturais e/ou sintéticas, as **laminárias,** agem sobre o colo uterino, promovendo a dilatação do canal cervical através de expansão radial suave por seu poder higroscópico, sem provocar lesão de fibras. Apesar de denominados mecânicos, também se atribui ao método o estímulo e liberação de prostaglandinas endógenas, elevando a complacência do colo uterino. Este mesmo mecanismo combinado é proposto para a ação dos catéteres extra-amnióticos, com ou sem balões insuflados.

As sondas ou catéteres extra-amnióticos são deixados por tempo variável entre 12 e 24 horas. A utilização destes métodos mecânicos pode se associar a algumas reações adversas coma rotura acidental de membranas amnióticas, desconforto materno, sangramento, distócia funcional e, menos frequentemente, infecção puerperal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

As vantagens destes métodos são, em geral, decorrentes de sua fácil aplicabilidade, simplicidade de uso, baixo custo quando comparado aos demais métodos, fácil remoção, além de pequena ou nenhuma atuação sobre o miométrio. Mais recentemente, a utilização da sonda de Foley, com balonete insuflado acima do orifício interno, sob tração moderada (através de sua fixação com esparadrapo na face interna da coxa), tem mostrado uma grande capacidade de desencadear contrações e trabalho de parto, com resultados muito favoráveis e baixo índice de efeitos colaterais.

Embora exista uma grande quantidade de estudos publicados sobre a experiência com a utilização de métodos mecânicos para o preparo cervical previamente à indução do trabalho de parto, tais métodos estão longe de serem largamente utilizados na prática obstétrica diária, sobretudo no Brasil. Seus resultados demonstram uma capacidade de maturação do colo limitada, portanto justificável na atualidade apenas em situações em que outros métodos mais efetivos não estejam disponíveis.

Não existem ainda evidências suficientes que permitam recomendar o uso combinado dos catéteres, com a instilação de substâncias como as prostaglandinas no espaço extra-amniótico.

2. Métodos farmacológicos

O mais conhecido e utilizado método de preparo cervical é a infusão endovenosa de **ocitocina.** Desde o início de sua utilização para a indução da contratilidade uterina, tem sido também usada para o amadurecimento cervical, embora se conheça, há muito, sua limitada efetividade para este fim. Está associada à necessidade de um tempo prolongado de preparo, de altas doses e a taxas elevadas de cesárea por falha de indução. Devido a estas limitações, sua utilização para o preparo cervical foi praticamente abandonada. São necessárias, quando não se dispõem de outros métodos mais efetivos, três a quatro repetidas sessões diárias, o que é cansativo para a mulher e a equipe de saúde, sem contar com a ocupação extra de leitos na unidade obstétrica.

A partir da identificação do envolvimento dos **prostaglandinas** endógenas no processo natural de maturação do colo uterino, o uso destas substâncias passou a ser consagrado como método ideal para preparo e indução de parto. Nos países de primeiro mundo, nas últimas décadas, diferentes formulações de **PgE2 (dinoprostone)** vêm sendo utilizadas, especialmente a forma de gel para aplicação intra-cervical ou intra-vaginal.

Embora a PgE2 (dinoprostone) seja um método seguro e eficaz para o preparo do colo uterino, sua formulação apresenta custo elevado, é termolábil e não é comercializada no Brasil. O **misoprostol** è uma prostaglandina sintética E1, metil análoga, que foi originalmente sintetizada e comercializada com o objetivo de diminuir os efeitos

Acesse http://BlogEnfermagem.com

colaterais e aumentar o tempo de ação da PgE1 natural, no tratamento de síndromes dispépticas do trato gastrointestinal, como gastrite e úlcera péptica.

Inicialmente, a utilização do misoprostol foi mais direcionada como adjuvante nas interrupções iniciais de gestação, por seu efeito abortivo. Esse efeito foi amplamente utilizado e divulgado, o que inclusive dificultou a comercialização do produto para este e outros fins no Brasil, tendo sido restrita e suspensa sua comercialização no país durante alguns períodos. A partir do início da década de 90, vários estudos realizados forneceram evidências baseadas em experiência clínica para justificar o uso do misoprostol de forma rotineira para o preparo cervical e indução do trabalho de parto em gestações com feto vivo.

A apresentação do misoprostol no Brasil, até agora apenas com dose elevada de 200 µg por comprimido, dificulta seu uso em Obstetrícia. Entretanto, diversos estudos têm sido realizados com o propósito de preparo e indução do parto com esta droga. Embora ainda não tenha sido aprovado para este fim no país, o método está ganhando popularidade, principalmente pela sua eficácia e baixo custo, sendo já recomendada sua utilização em manuais do Ministério da Saúde (Brasil, MS, 2000). Além disso, já existe também um consenso internacional sobre sua utilidade para o preparo cervical e indução do trabalho de parto. Na maior parte dos estudos publicados mais recentemente, a dose de misoprostol tem sido de 25 µg a cada quatro a seis horas, como já recomenda o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG).

Apesar do misoprostol ter sua eficácia confirmada em muitos estudos, a segurança de uso para preparo e indução de parto em feto vivo ainda é motivo de alguma controvérsia. Pode-se dizer, contudo, que os estudos tem demonstrado que a redução da dose consegue controlar bem os efeitos adversos, tornando-os similares aos do dinoprostone e métodos mecânicos, sem comprometer os efeitos esperados.

Assim, é possível concluir que, em base às evidências científicas e clínicas disponíveis, o misoprostol pode ser recomendado para preparo cervical e indução do parto de feto vivo, em uso vaginal na dosagem de 25 µg a cada seis horas, na dose total máxima de 100 µg (ACOG, 2000). Não deve ainda ser utilizado em mulheres com cicatriz uterina pelos prováveis riscos. Em casos de óbito fetal ou em situações em que a vitalidade fetal não importe (malformações incompatíveis com a vida), pode-se usar doses mais elevadas, de 50 a 100 µg.

Se por um lado o misoprostol representa uma grande vantagem com relação ao dinoprostone, por seu baixo custo e estabilidade térmica e de estocagem, tornando-o ideal para utilização em países em desenvolvimento e com poucos recursos, na prática existe ainda a dificuldade de obtenção das doses recomendadas. Conseguir obter 25 µg significa ter exatamente um oitavo do comprimido

Acesse http://BlogEnfermagem.com

comercializado de 200 µg, o que não é tarefa fácil, pois a partir da segunda partição há uma tendência à desestruturação do mesmo. Por outro lado, não se recomendam também as manipulações "caseiras" da droga, pela falta de controle de qualidade e incerteza sobre a real dosagem utilizada. É provável que parte dos efeitos adversos relatados com o uso destas doses de misoprostol seja devido a isso. A comercialização de um óvulo vaginal de 25 µg com aplicador vaginal provavelmente poderá solucionar estas dificuldades ao uso do misoprostol.

Mais recentemente, outra alternativa em avaliação para o preparo cervical é a **hialuronidase.** Consiste em um método apenas para preparo do colo, não provocando o aparecimento de contrações uterinas. Foi utilizada pela primeira vez na década de sessenta, mostrando-se efetiva em gestantes com colo espástico. Foi utilizada também em injeções intracervicais para preparo de colo em gestantes com cérvice uterina desfavorável, previamente à indução do parto, com resultados animadores. É de aplicabilidade relativamente fácil, custo acessível e disponível no mercado nacional, podendo ser utilizada em nível ambulatorial previamente à internação para indução do parto. Não é contra-indicada em gestantes com uma cicatriz de cesárea prévia. Recomenda-se o uso de 20.000 unidades de hialuronidase injetadas intracervicalmente às posições 6 e 12 horas (metade da dose em cada ponto).

MÉTODOS PARA INDUÇÃO DO PARTO

Considerando o colo já maduro ou favorável, existem evidências suficientes para dizer que a indução do parto passa a constituir um procedimento com maior probabilidade de êxito para obtenção de um parto vaginal. Para este fim, os seguintes métodos são mais utilizados:

1. Descolamento digital das membranas amnióticas

Corresponde ao descolamento digital das membranas amnióticas do colo uterino e segmento inferior, introduzido como método de indução de parto na década de cinquenta (Swann, 1958). Teoricamente o método estimula o trabalho de parto por promover a liberação de prostaglandina. Empiricamente é bastante utilizada no país, embora existam poucos relatos na literatura para que se possa estabelecer sua real eficiência e segurança como método para indução de parto. Está associada a certo grau de desconforto materno e sangramento vaginal discreto, sem maiores conseqüências.

2. Amniotomia

A rotura artificial das membranas amnióticas é uma técnica antiga em Obstetrícia. Teoricamente, provoca um aumento na produção local de prostaglandinas, favorecendo o início do trabalho de parto. Pode ser realizada com amniótomo ou pinça com extremidade perfurante, na balsa das águas, em nível da apresentação fetal.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Deve-se ter cuidado na realização para evitar danos fetais e maternos, e certificando-se de que o pólo fetal esteja apoiado sobre a bacia, para evitar a temida e grave ocorrência do prolapso de cordão umbilical.

Seus principais efeitos adversos são o aumento do risco de infecção amniótica e risco de acidente de cordão. **Seu uso isolado antes do início do trabalho de parto foi abandonado.** Embora continue sendo utilizada na aceleração de trabalho de parto já iniciado, como já discutido no Capítulo 5, não existem evidências de que a amniotomia precoce seja de fato benéfica.

3. Ocitocina

A ocitocina é capaz de iniciar ou aumentar as contrações rítmicas a qualquer momento da gravidez, embora a resposta uterina seja maior quanto mais próximo ao final da gestação. A infusão endovenosa de ocitocina sintética tem sido o método mais utilizado para indução e condução do trabalho de parto, desde sua introdução por Page em 1943. Sua concentração plasmática reduz-se rapidamente às custas da ocitocinase e sua meia vida é de cerca de cinco minutos. Estas características representam uma vantagem para o manejo clínico, podendo seu efeito ser suprimido após poucos minutos da suspensão da droga.

Existem diferentes esquemas propostos para uso endovenoso. O esquema mais utilizado, por sua segurança, deve ser o de baixa dosagem, estabelecendo a dose inicial de 1-2 mU/minuto. Isso corresponde ao preparo de uma solução com 5 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5% e a infusão endovenosa inicial em velocidade de 4 gotas/minuto. Deve-se dobrar o gotejamento a cada 30 minutos, até que se obtenha contratilidade uterina adequada, definida pela presença de atividade uterina regular.

A ocitocina pode produzir efeitos adversos como a taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina, felizmente um efeito extremamente raro se o controle clínico é feito adequadamente. Para o feto, o mais freqüente efeito colateral é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sangüínea no espaço interviloso por taquissistolia e/ou hipertonia. Os efeitos colaterais são dose dependentes e a diminuição no gotejamento, ou mesmo a parada de infusão, podem controlar estas alterações em poucos minutos. Algumas medidas adicionais podem ser realizadas, como administração de líquidos endovenosos, oxigênio, modificação na posição materna e ainda a administração de pequenas doses de drogas betaestimulantes por via venosa ou subcutânea.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

4. Prostaglandinas

A droga padrão para esta finalidade atualmente é o misoprostol, utilizada da forma como já recomendada nos métodos de preparo cervical.

INDUÇÃO SERIADA

Na situação de colo uterino desfavorável e indicação para interrupção da gestação, pode-se recorrer à indução seriada, com ou sem preparo cervical prévio. Este método consiste na realização de sessões de indução, durante 10 a 12 horas diárias, seguidas par períodos noturnos de repouso. As sessões são convencionalmente realizadas por até três dias consecutivos, utilizando infusão endovenosa de ocitocina, preferentemente com bomba de infusão. É indispensável esclarecer a mulher antes do procedimento e que ela esteja de acordo. Pelo menos até o momento que se inicie a fase ativa do trabalho de parto, deve-se estimular a alimentação e deambulação da gestante. Embora não existam estudos sistematizados com o método, este tem sido tradicionalmente utilizado por serviços de Obstetrícia no Brasil, sobretudo antes da disponibilidade dos novos agentes preparadores da maturidade cervical.

As contra-indicações formais à indução do trabalho de parto em princípio não diferem daquelas para o parto vaginal espontâneo. As principais são:

- sofrimento fetal confirmado;
- cicatriz uterina corporal;
- cicatriz uterina segmentar de repetição;
- apresentação fetal anômala;
- obstrução do canal de parto;
- situações de urgência; e
- placenta prévia.

Existem ainda algumas condições consideradas de maior risco à indução do trabalho de parto e que se constituem em contra-indicações relativas à indução:

- gestação múltipla;
- polidrâmnio;
- cardiopatia materna;
- grande multiparidade; e
- hipertensão arterial grave.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A indução do trabalho de parto é um procedimento que deverá ser mais usado no Brasil, na medida da existência de uma demanda por serviços obstétricos de qualidade e de todos os fatores relacionados ao estímulo pelo parto vaginal e humanizado. Existem inúmeras situações onde a interrupção da gestação está indicada para presevar a saúde materna e/ou fetal, com destaque mais recente para a necessidade de prova de trabalho de parto em mulheres com uma cicatriz de cesárea anterior. Entende-se que em todas estas situações seja mandatório o controle da vitalidade fetal, da contratilidade uterina e das condições clínicas da mulher.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

15 ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

Os principais objetivos da assistência imediata são: proporcionar a todos os recém-nascidos condições ótimas que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extra-uterina e estar preparado para intervir naqueles casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco sua vida. **Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce.** Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K e Credê e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho.

Em toda sala de parto deve estar presente pelo menos um profissional capacitado a reanimar de maneira rápida e efetiva, mesmo quando se espera um RN saudável. A reanimação do recém-nascido é um procedimento relativamente simples, mas que requer perícia e treinamento, devendo ser feita apenas para situações onde, de fato, exista a necessidade de tais manobras, sendo desaconselhável realizar procedimentos desnecessários apenas como parte de uma rotina pré-estabelecida.

Para fornecer esta assistência, é fundamental dispor de um profissional capacitado, idealmente um pediatra, além de enfermagem treinada para atender o RN, em quantidade e nível de capacitação dependentes do grau de complexidade da instituição. Em todo o país, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e suas federadas têm oferecido cursos teórico-práticos de reanimação do recém-nascido. Os grupos e instituições interessados neste tipo de treinamento devem entrar em contato com as representações locais ou regionais da SBP para solicitação.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A recepção do RN deve ter normas estabelecidas com as diferentes atribuições constituídas para a equipe profissional, objetivando prestar uma assistência de qualidade. Para tanto, a equipe

Acesse http://BlogEnfermagem.com

deverá realizar os seguintes procedimentos:

- preencher a ficha do RN com dados da história familiar e materna, pregressos e atuais, e do trabalho de parto;
- dispor sobre a mesa de atendimento do RN o seguinte material:
  - *Uma sonda de aspiração traqueal para cada RN;*
  - *Soro fisiológico;*
  - *Luvas;*
  - *Gaze esterilizada, anel de borracha e/ou de plástico (dispositivo específico) e material para ligadura de cordão (pinças e tesoura); e*
  - *Manter disponível, para qualquer emergência, o material e medicação para reanimação;*
- receber o RN, secá-lo e colocar em campo estéril e aquecido sob o calor radiante;
- levar o RN à mãe;
- identificar o RN com uma braçadeira, com o nome da mãe, no antebraço e tornozelo;
- em partos múltiplos, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras através de números (1, 2, 3, 4, etc.), após o nome da mãe;
- aspirar boca e depois narinas;
- passar a sonda nasogástrica para excluir atresia de coanas e esôfago;
- verificar a vitalidade do RN através do índice de Apgar no 1 ° e 5° minutos, e, daí em diante, de 5 em 5 minutos, até que o Apgar seja maior que 7;
- laquear o cordão a uma distância de 2cm do anel umbilical, usando álcool etílico a 70%. Verificar a presença de uma veia e duas artérias;
- pingar nitrato de prata a 1% (preparar diariamente em frasco escuro), uma gota em cada olho;
- lavar o estomago, se o líquido amniótico for meconial, sanguinolento ou purulento, com água destilada ou soro fisiológico;
- colocar o RN para mamar logo que finalizar as medidas de atendimento após o nascimento;
- tomar peso, estatura, perímetro cefálico.
- prescrever Vitamina K, 1 mg IM;
- registrar, na ficha do RN, sua impressão plantar e digital do polegar direito e do polegar direito da mãe;
- examinar a placenta;
- colher amostras de sangue de cordão para tipagem sangüínea e sorologias; e
- colher sangue da mãe para tipagem sangüínea e reação sorológica para sífilis, quando indicado.

Índice de Apgar

Parâmetros	Valores		
	0	1	2
Freqüência cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esforço respiratório	Ausente	Irregular	Choro forte
Tônus muscular	Flacidez	Alguma flexão	Flexão
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Hiperatividade
Cor	Cianose, palidez	Acrocianose	Rosada

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Após a assistência imediata ao recém-nascido, quando não foi possível antes do nascimento, deve-se realizar anamnese detalhada abordando a identificação, todos os antecedentes familiares e maternos, da gestação, do trabalho de parto e parto. O exame do RN deve ser minucioso, feito em local e condições satisfatórias, incluindo todos os órgãos e sistemas passíveis de serem avaliados clinicamente.

REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO

A avaliação do RN deve iniciar antes mesmo de terminado o nascimento. Na presença de mecônio, o obstetra deve realizar a aspiração da boca, nariz e faringe, antes do desprendimento dos ombros do recém-nascido. O pediatra deve avaliar a vitalidade da criança: se vigorosa, a avaliação do RN deve ser feita através da respiração, freqüência cardíaca e cor. O índice de Apgar **não** deve ser usado para avaliar a necessidade de reanimação, mas para avaliar os efeitos da mesma.

Após o nascimento em todos os recém-nascidos deprimidos que apresentarem líquido amniótico meconial ou naqueles com mecônio espesso ou particulado, dois passos devem ser dados, assim que a criança for colocada sob a fonte de calor radiante e ainda antes de secá-la:

- o mecônio da hipofaringe deve ser removido através de aspiração sob visualização direta; e
- a traquéia deve ser intubada e o mecônio aspirado da via inferior se houver: apnéia; depressão respiratória; freqüência cardíaca < 100 batimentos por minuto e hipotomia.

A continuação dos cuidados prestados vai depender das condições de vitalidade destes recém-nascidos.

Todo RN tem o direito de receber, se necessário, uma reanimação com um alto nível de competência. O material apropriado deve estar disponível na sala de parto, em todos os nascimentos, bem como os profissionais de saúde devem estar aptos a reanimar o recém-nascido e capacitados a trabalhar de maneira integrada, em equipe.

ABC DA REANIMAÇÃO

A - Manter as vias aéreas pérvias
– Posicionar a cabeça e o pescoço do RN, mantendo-o em ligeira extensão;
– Aspirar boca e narinas. Traquéia, se o líquido for meconial; e
– Intubação traqueal, se necessário.

B - Iniciar a respiração
– Com estímulo tátil ou, se necessário, ventilação com pressão positiva (VPP) através de balão ou aparelho de ressuscitação, utilizando máscara ou tubo endotraqueal.

C - Estabelecer e manter a circulação
– Massagem cardíaca; e
– Medicações.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

1. OXIGÊNIO INALATÓRIO

Deve-se usar quando o RN apresenta respiração efetiva e FC 100 bpm, mas com cianose central. O oxigênio deve ser umidificado e aquecido; não sendo possível, utilizar o O_2 frio e seco por período limitado. Não utilizar oxigênio sob pressão com cateter nas narinas.

Técnica de administração:

- traquéia ou cateter de O_2. Quando usar a traquéia, a mesma deve estar distante das narinas 1 cm, com um fluxo de 5 l/min de O_2 para fornecer 80% de oxigênio. A retirada deve ser gradual; e
- alternativamente, máscara de 0_2 (nunca a máscara conectada ao balão).

2. VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA

As principais indicações para VPP sac, apnéia, gasping e respiração espontânea, mas com FC < 100 bpm;

Técnica:

- pode ser feita através de balão auto-inflável (Ambu) conectado a um reservatório de oxigênio que permita uma concentração de oxigênio entre 90 a 100%, que tenha uma válvula de escape ajustada entre 35 e 40 cm H2O e um manômetro. Ou através do aparelho de ressuscitação. O balão auto-inflável deve estar ligado a uma fonte de oxigênio a 5 l/min, enquanto o aparelho a 7 l/min;
- a máscara facial deve estar bem ajustada, cobrindo o nariz, a boca e o queixo; utilizar freqüência entre 40 e 60 mov./min;
- a pressão inicial deve ficar entre 30-40 cm H2O, em seguida entre 15-20 cm H2O para os pulmões normais e 20-40 cm H2O para os pulmões com complacência diminuída;
- observar a expansibilidade torácica (elevação de 0,5 a 1 cm);
- após 15 a 30 segundos, reavaliar a respiração, a FC e a cor.

3. MASSAGEM CARDÍACA

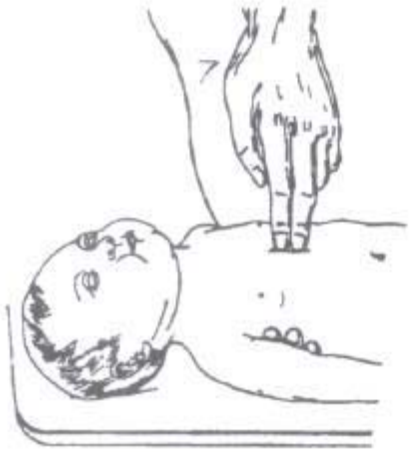
Tem indicação de ser realizada quando a FC do recém-nascido estiver abaixo de 60 bpm.

Técnica:

- colocar os dedos indicador e médio perpendicularmente ao externo, no terço inferior, acima do apêndice xifóide, ou colocar os dedos polegares de ambas as mãos sobre o terço inferior do esterno (como mostram as figuras) e pressionar 1-2 cm numa freqüência de 120 mov./min;
- durante a massagem cardíaca deve-se continuar ventilando o RN com pressão positiva e oxigênio a 100%, com máscara ou intubação;

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- a ventilação e a massagem cardíaca devem ser feitas, na relação de 3:1, isto é, três movimentos de massagem para um de ventilação;
- após 15-30 segundos, o RN deve ser reavaliado. Se a FC for > 80 e estiver aumentando, suspender a massagem; e
- após 30 segundos de VPP + O2 a 100% + massagem cardíaca, se a FC continuar < 60 bpm, iniciar adrenalina (1:10.000) ET/EV na dose de 0,01 a 0,03 mg/kg.



Intubação traqueal

As principais indicações para a intubação traqueal são:

- suspeita de hérnia diafragmática;
- ausência de resposta à ventilação com balão ou aparelho de ressuscitação e máscara com FiO2 de 100%;
- ventilação prolongada com balão ou aparelho de ressuscitação e máscara com FiO2 de 100%; e
- para aspiração traqueal sob visualização direta, caso o líquido meconial seja espesso, quando a criança apresentar apnéia, depressão respiratória, freqüência cardíaca < 100 bpm e hipotonia.

Técnica:

- preparo da cânula traqueal;
- o diâmetro deve ser uniforme e de acordo com o peso do RN;
- cortar a cânula em 13 cm para diminuir o espaço morto e a resistência;
- conectar o intermediário da cânula antes da intubação;
- o fio-guia é opcional, devendo sua ponta ficar a 0,5 cm acima da ponta da cânula;
- após a introdução da cânula no interior da traquéia, a distância até o lábio superior é pré-determinada;
- oferecer oxigênio inalatório através de cateter para minimizar a hipoxemia, durante o procedimento;
- interromper o procedimento após 20 segundos de tentativas e ventilar com balão ou aparelho de ressucitação até melhorar a oxigenação;

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- confirmação da posição da cânula;
- auscultar o tórax bilateralmente e o estômago;
- observar a expansibilidade da caixa torácica;
- fazer raios X de tórax e manter a ponta da cânula entre T2 e T3, quando o RN não puder ser extubado; e
- após a intubação, cortar cânula sempre que o comprimento entre o final da cânula e a boca excede a 4 cm.

Medicação necessária para a reanimação

Medicação	Concentração	Volume	Dose/Via	Velocidade/Precauções
ADRENALINA	1:10.000	1 ml	0,1 - 0,3ml/Kg EV/ET	Infundir rápido. Quando ET pode-se diluir em SF (volume final: 1 - 2 ml).
EXPANSOR DE VOLUME	Sangue total SF 0,9% Ringer Lactato	40 ml	10 ml/Kg EV	Infundir em 5 - 10 minutos, em seringa ou bureta.
BICARBONATO DE SÓDIO	0,5 mEq/ml (4,2 %) ou 0,3 mEq/ml (2,5%)	20 ml	2 Eq/Kg EV	Infundir lentamente, em, no mínimo, 2 minutos. Só administrar se o RN estiver sendo ventilado de maneira efetiva.
NAXOLONE	0,4 mg/ml	1 ml	0,1 mg/Kg (0,25 ml/Kg) EV/ET IM/SC	Infundir rápido. EV/ET: preferenciais.

Fonte: ET:endotraqueal

Material necessário para reanimação

Todo o material necessário para o atendimento ao RN deve estar disponível, ser testado e preparado antes do nascimento:

- Mesa de reanimação com fonte de calor irradiante, aspirador a vácuo com manômetro e fonte de oxigênio com fluxômetro
- Sondas de aspiração traqueal nº 8 e 10
- Sondas de aspiração gástrica nº 6 e 8
- Balão auto-inflável com reservatório de oxigênio (para se atingir uma FiO2 de 90-100%) e capacidade máxima de 750 ml ou aparelho de ressuscitação manual
- Máscaras que cubram convenientemente nariz, boca e queixo do RN
- Laringoscópio com lâmina reta nº 0 e 1
- Cânulas endotraqueais de diâmetro uniforme nº 2,5 - 3,0 - 3,5 e 4,0
- Fio-guia (opcional)
- Esparadrapo para fixar a cânula
- Pilhas e lâmpadas de reserva
- Estetoscópio neonatal
- Relógio que marque os segundos ou um cronômetro
- Material para drenagem torácica
- Material para cateterismo umbilical

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- Seringas (20, 10, 5 e 1 ml)
- Tubos de coleta de sangue
- Medicações:
  - adrenalina (1:1.000)
  - bicarbonato de sódio (2,5 ou 4,2%)
  - expansores de volume (albumina a 5%, soro fisiológico a 0,9% ou Ringer-lactato)
  - cloridrato de Naloxone
  - dopamina
  - soluções de glicose a 5% e 10%

Acesse http://BlogEnfermagem.com

São inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece, tanto para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, como para a mãe, criança e família, do ponto de vista biológico e psicossocial.

Atualmente, o aleitamento materno exclusivo é recomendado por um período de seis meses. Posteriormente, a criança deve receber alimentos complementares, estendendo a amamentação por pelo menos dois anos, desde que mãe e criança o desejem. O desejo materno de amamentar ou não deve ser compreendido e respeitado. Apesar dos benefícios do aleitamento, deve-se aceitar a escolha, informada e consciente, da mãe pela não amamentação. O direito da mulher amamentar deve ser apoiado, especialmente quando ela tem um trabalho remunerado e precisa conhecer a legislação trabalhista que protege a maternidade.

Vantagens do aleitamento materno

Para a mulher:

- *facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho;*
- *previne as complicações hemorrágicas no pós-parto e favorece a regressão uterina ao seu tamanho normal;*
- *contribui para o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional;*
- *é um método natural de planejamento familiar, entretanto somente antes de seis meses, quando a criança está em aleitamento materno exclusivo, em livre demanda, inclusive durante a noite, e que a mãe não tenha ainda menstruado (LAM - lactação e amenorréia como método);*
- *pode reduzir o risco de câncer de ovário e mama; e*
- *pode prevenir a osteoporose.*

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Para a criança:

- *é o alimento completo para o lactente menor de seis meses, tanto no aspecto nutricional, como digestivo;*
- *facilita a eliminação de mecônio e diminui o risco de icterícia;*
- *protege contra infecções (especialmente diarréias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação e pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;*
- *aumenta o laço afetivo mãe-filho, promovendo mais segurança ao bebê.*
- *colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição proteico-calórica e, conseqüentemente, para a diminuição dos índices de mortalidade infantil;*
- *diminui a probabilidade do desencadeamento de processos alérgicos, pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas existentes no leite de vaca; e*
- *melhor resposta às vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente.*

Para a família e a sociedade:

- *o leite materno não custa nada;*
- *é limpo e não contém micróbios;*
- *já vem pronto e está na temperatura certa;*
- *diminui os custos de internações por problemas gastrointestinais, respiratórios e outras doenças;*
- *representa uma economia quanto ao uso de gás de cozinha, porque dispensa o aquecimento e preparo; e*
- *diminui o absenteísmo dos pais ao trabalho, uma vez que a criança se mantém mais saudável.*

Padrões de aleitamento materno:

1. Aleitamento materno exclusivo: quando a criança só recebe leite materno, seja diretamente do seio ou ordenhado da própria mãe, ou ainda leite humano de banco de leite, e não recebe nenhum outro líquido ou alimento sólido.
2. Aleitamento materno predominante: quando a principal fonte de alimento da criança é o leite materno, sendo permitido apenas receber água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral.
3. Aleitamento materno total: é uma medida ou índice que reflete o período de aleitamento materno exclusivo e predominante.
4. Aleitamento materno parcial: quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe, antes da época adequada, outros alimentos (leite, cereais, frutas, legumes, etc.) em alguma refeição.

Composição e características do leite humano

- O leite materno é o alimento ideal para o lactente. Ele contém todos os nutrientes, inclusive água, que a criança precisa nos seis primeiros meses de vida. Devido às suas características físico-químicas, é facilmente absorvido e digerido.
- O leite materno contém anticorpos (especialmente a IgA secretória), células (macrófagos, polimorfonucleares e linfócitos) e outras substâncias (fator bífido e lactoferrina) que protegem o organismo do bebê contra infecções.
- O leite materno contém também fatores de crescimento

Acesse http://BlogEnfermagem.com

que preparam o intestino imaturo da criança para digerir e absorvê-lo, evitando assim que proteínas não digeridas sejam absorvidas, lesando o intestino e causando alergias.

- O leite humano sofre alterações na sua composição, de acordo com a hora do dia, os dias após o parto e durante uma mesma mamada.
- O leite também sofre alterações em sua composição, em relação ao início e final da mamada. No intervalo das mamadas, é produzido o leite chamado anterior, que corresponde a um terço do volume total produzido e, durante a sucção, é secretado o leite posterior, que corresponde a dois terços desse volume.
- O leite posterior difere do anterior por ser mais rico em gorduras.

O conhecimento deste mecanismo mostra a importância da sucção no processo da produção do leite. O leite do começo "mata a sede" e o leite do fim "engorda".

A produção de leite

A produção de leite se dá por um estímulo neuro-endócrino e três órgãos são importantes neste processo: placenta, hipófise e mama.

A placenta é responsável pela produção dos esteróides placentários (estrógenos e progesterona) que, durante a gravidez, preparam a mama para a lactação, estimulando a deposição de gorduras, o crescimento dos ductos e alvéolos. Com a saída da placenta após o parto, os níveis de esteróides caem, conduzindo a hipófise anterior a liberar prolactina, hormônio que vai estimular os alvéolos mamários a produzir leite.

Durante a gravidez, as altas concentrações destes hormônios esteróides, presentes no plasma, inibem a secreção do leite, ocorrendo somente a síntese do pré-colostro que é uma substância que, na sua composição, contém grande quantidade de imunoglobulinas e lactoferrina.

À medida que os níveis plasmáticos de estrógeno e progesterona caem, cerca de 3 a 5 vezes nos primeiros dias após o parto, a produção de leite tem início. O período em que se inicia a produção de leite é chamado de apojadura ou "descida". Acontece em torno de 48 a 72 horas após o parto. As mamas aumentam de tamanho e temperatura, tornam-se dolorosas e este fenômeno dura, em média, três a quatro dias. A apojadura marca a mudança do controle endócrino para o autócrino do lactação. O volume de leite produzido tende a aumentar gradativamente. Assim, no 2° dia, está por volta de 50 ml/dia. No 4° dia, ao redor de 550 ml/dia. Já aos três meses, é de cerca de 850ml/dia. Este conhecimento é importante para a informação do puérpera de que a pequena quantidade de leite produzida nos primeiros dias é normal.

Os níveis plasmáticos de prolactina elevam-se em resposta à sucção do RN e estão diretamente relacionados à freqüência, duração e intensidade da sucção. A sucção do mamilo produz uma elevação de prolactina basal, apresentando um pico de produção entre os 20

Acesse http://BlogEnfermagem.com

a 40 minutos após o início da estimulação. Sabe-se que 30 minutos de sucção podem determinar níveis elevados de prolactina por cerca de 3 a 4 horas. Como a prolactina é o hormônio fundamental para a galactopoiese, permitir a sucção do mamilo pela criança à livre demanda é o elemento básico para a manutenção da amamentação. Quanto mais rápido, após o nascimento, e mais freqüentemente se coloque o recém-nascido ao seio, maior será a produção de leite e menores os sintomas devidos à apojadura.

A ejeção do leite

O leite acumulado nos alvéolos não flui espontaneamente para os ductos e seios lactíferos. A ocitocina, liberada pela hipófise posterior,

é o hormônio que atua sobre as células mioepiteliais, determinando sua contração e conseqüente expulsão de leite para os ductos.

Nos primeiros dias após o parto, o reflexo de ejeção responde não somente a estímulos tácteis, mas também olfatórios, visuais ou auditivos. Pode responder ainda devido à proximidade física ou pensamento no filho. O reflexo de descida do leite pode ser inibido pelo estresse.

A liberação de ocitocina, decorrente da sucção do mamilo pela criança, determina, também, contração das fibras musculares uterinas, favorecendo a contração do útero durante a amamentação.

Com relação à produção de leite, atualmente tem-se evidências de que o que realmente controla a produção de leite é o esvaziamento da glândula pela sucção.

Ao se analisar a composição do leite, distinguem-se 4 tipos de leite, que se apresentam com características bioquímicas diferentes e adequadas a cada determinado período da vida da criança:

1. Colostro

Durante a gestação, a glândula mamária produz uma substância denominada de pré-colostro, acumulada no lúmen dos alvéolos, e que tem na sua composição, principalmente, exsudato do plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, soroalbumina, sódio, cloro e uma pequena quantidade de lactose.

Nos primeiros dias após o parto, é produzido o colostro, e sua produção permanece ainda por cerca de 7 dias. Apresenta-se como um líquido espesso, de coloração amarelada e alta densidade. O volume, no início, varia de 2 a 20 ml em cada mamada, totalizando 50 a 100ml/dia, sendo suficiente para satisfazer as necessidades do lactente.

No colostro, observa-se alta concentração de IgA e de lactoferrina que, juntamente com a grande quantidade de linfócitos e macrófagos, conferem uma ação de proteção ao recém-nascido. Tem ação laxativa, facilitando a eliminação de mecônio, auxiliando a prevenção da icterícia.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

2. Leite de transição

Recebe esta denominação o leite humano produzido entre o 7° e 15° dia após o parto. O volume de leite e a composição variam no decorrer dos dias, permanecendo com volume médio de 500ml/dia.

3. Leite maduro

É o leite produzido a partir do 15° dia, como continuação ao leite de transição. É um líquido branco e opaco, com pouco odor, sabor ligeiramente adocicado. Seu volume médio é de 700 a 900 ml/dia, durante os primeiros seis meses. A partir do segundo semestre, a quantidade média de produção diária é de 600ml. O leite materno tem 88% de água e possui uma osmolaridade semelhante à do plasma sangüíneo. Tem na sua composição básica, além da água, proteínas, carbohidratos, lipídeos, minerais e vitaminas.

4. Leite de pré-termo

O leite de mães de crianças prematuras difere do leite de mães de crianças de termo. As diferenças básicas são:

- maior teor de proteína, lipídeos e calorias, atendendo à maior necessidade de crescimento do pré-termo;
- menor teor de lactose, visto que o pré-termo tem mais dificuldade na sua digestão;
- maior quantidade de IgA e lactoferrina; e
- o leite materno não supre as necessidades de cálcio e fósforo, quando a criança tem peso inferior a 1500g.

Manejo clínico da amamentação:

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental no sentido de colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranqüila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.

Pensando que a mulher passa por um longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez.

Preparando as mamas para o aleitamento

1. Durante a gestação:

- examinar as mamas na consulta de pré-natal;
- orientar a gestante a usar sutiã com orifício central para exposição de aréola e mamilo durante a gestação;

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- recomendar banhos de sol nas mamas, por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, durante a gravidez, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado;
- orientar que a expressão do peito (ou ordenha), durante a gestação, para a retirada do colostro está contra-indicada; e
- ensinar a gestante a explorar suas mamas. O mamilo pode ser **protruso,** quando se apresenta saliente, bem delimitado; **semi-protruso,** quando se apresenta pouco saliente e, quando estimulado, protrai com dificuldade; **invertido,** quando se apresenta em sentido oposto ao normal e, após estímulos, continua inalterado, sem se protrair; e o mamilo **falso-invertido,** que se apresenta em sentido oposto ao regular, mas, após estímulo de uma pega adequada, exterioriza-se pobremente, ficando quase plano e voltando, logo a seguir, ao estado anterior de inversão.

No caso de os mamilos não serem protrusos, orientar a gestante para as seguintes condutas:

1. Usar bomba de sucção do mamilo após o parto, desde que sua pressão seja muito pequena e não machuque a pele.
2. Usar seringa plástica de 10-20 ml para tracionar o mamilo, na ausência da bomba de sucção do mamilo:

- pegar uma seringa plástica de 10-20 ml, retirar o êmbolo e conservar;
- cortar a extremidade da seringa onde se adapta a agulha;
- reintroduzir o êmbolo pela extremidade cortada; e
- ajustar a outra extremidade da seringa ao mamilo e puxar suavemente o êmbolo para tracionar o mamilo. Fazer esta manobra uma vez ao dia, até que o mamilo se torne protruso.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

É importante identificar os conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui, ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, através de reuniões de grupo que objetivem informar e facilitar a amamentação.

2. Iniciando a amamentação na sala de parto

A primeira hora após o nascimento é excelente para iniciar a amamentação, visto que o RN usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina.

Toda instituição que deseja possuir um Programa de Incentive ao aleitamento materno deve ter como norma a prática de colocar o recém-nascido para sugar durante a primeira hora de vida, desde que mãe e criança se encontrem em boas condições, favorecendo o contato olho a olho, pele a pele de ambos.

- A equipe de saúde que assiste ao parto deverá criar um ambiente de tranqüilidade e apoio, assim como propiciar conforto físico e emocional no sentido de facilitar o contato íntimo entre mãe e criança, o mais precocemente possível.
- A administração de medicamentos, especialmente sedativose analgésicos, à mãe deve ser criteriosa.
- O recém-nascido deverá ser coberto com campo aquecido e seco e colocado junto de sua mãe, em contato pele a pele, para que esta o coloque para mamar, sempre que possível.

3. Após o parto, em unidade de alojamento conjunto:

O alojamento conjunto é fundamental para o incentivo do aleitamento materno, uma vez que a mãe poderá oferecer o seu leite e satisfazer a criança sempre que ela demonstrar fome. Além disso, o alojamento conjunto coletivo dá à mulher a oportunidade de observar outras mães no cuidado com o filho.

- A mãe deve proceder à higiene das mãos, com água e sabão, antes de amamentar.
- Ensinar a mãe a oferecer o peito antes da apojadura, pela importância do colostro e também pelo estímulo à produção láctea.
- A amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi utilizada por último. Caso a criança não consiga mamar nas duas mamas, na próxima mamada começar pela mama que não foi solicitada.
- O local para amamentar deverá ser escolhido por ela, desde que se sinta confortável.
- A melhor posição para a mãe amamentar depende de vários fatores, dentre eles o tipo de parto, o dia de puerpério que se encontra. Considera-se importante que, em qualquer posição, a mulher esteja confortável e relaxada.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- O posicionamento da criança para amamentar é importante para determinar uma amamentação efetiva. A posição mais usualmente utilizada pela mãe para amamentar seu bebe e a sentada.
- O posicionamento correto implica em colocar o bebê de frente para a mama, com seu queixo tocando a mama e o corpo–cabeça-membros em linha reta. A pega adequada será feita com sua boca bem aberta abocanhando toda a parte inferior da aréola e parte da superior. Verifica-se se a pega está correta se o bebê estiver fazendo sucções longas, seguidas de pausas e pequenas sucções, e observando-se a deglutição. A pega correta nunca dói; se a mãe referir dor é porque o bebê não está pegando bem.
- Sabe-se que a amamentação é uma pratica que deve ser aprendida, tanto pela mãe quanto pela criança. Desta forma, é esperado que, nos primeiros dias, a mulher ainda apresente dificuldades em posicionar corretamente a criança e que, no decorrer dos dias, aprenda.
- Se a aréola estiver endurecida, deve-se retirar o excesso de leite por ordenha manual, até que se consiga a flexibilidade desejada. Ista é importante, pois permite que o recém-nascido apreenda completa e corretamente a região mamilo-areolar (pega correta), facilitando o esvaziamento das mamas e prevenindo traumas mamilares.
- A duração de cada mamada é variável. Geralmente a criança se satisfaz mamando 10 a 15 minutos em cada peito, podendo se estender. Porém, deve-se deixar a criança mamar enquanto a mesma estiver sugando.
- Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. Quando este fato não ocorre, a mãe coloca a ponta do dedo mínimo na boca da criança. Dessa forma, o vácuo se desfaz e a criança solta o peito, sem machucá-lo.
- Colocar o bebê para arrotar, em posição vertical, com a cabeça apoiada no ombro materno. Pode ser feita uma leve massagem nas costas ate que ela arrote. Crianças maiores podem ser também colocadas no colo materno, sentadas e com o corpo inclinado para frente e apoiadas no braço da mãe.

Cuidados com as mamas e mamilos

- O uso de sutiã é necessário para manter a mama sempre elevada, evitando estases nas porções inferiores da mama.
- O banho de sol nos mamilos continua recomendado com o objetivo de aumentar a resistência da região mamilo-areolar.
- A lubrificação da região mamilo-areolar deve ser feita somente com o leite materno.
- Depois de amamentar, a mãe deve proceder à palpação das mamas. Se estiverem pesadas e com pontos de dor, retirar o excesso de leite até o ponto de conforto, ou seja, até o desaparecimento da dor.

O aleitamento materno é, atualmente, considerada peça

Acesse http://BlogEnfermagem.com

fundamental para a saúde materna e perinatal e, portanto, faz parte das estratégias de todos os programas relacionados com estes objetivos, além de representar ainda um elemento importante em todo processo de humanização do nascimento. No Brasil, nos últimos anos tem sido particularmente estimulado, através de incentivos oficiais constantes da chamada IHAC – Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, conferindo o respectivo título às instituições que tecnicamente cumprem com os requisitos considerados necessários para uma adequada assistência técnica e humana aos recémnascidos. Para a efetividade do aleitamento materno, a IHAC recomenda às instituições a implementação dos chamados "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno".

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno (IHAC)

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3. Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do bebê.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mãe e bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encaminhar as mães, por ocasião da alto hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

Dificuldades no aleitamento

1. Preensão incorreta do mamilo

A preensão incorreta da região mamilo-areolar faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e choro. A pega errada, só de mamilo, provoca dor e fissuras e faz com que a mãe fique tensa, ansiosa e perca a autoconfiança, acreditando que o seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

2. Fissuras (rachaduras)

Evitar fissuras, colocando o bebê para mamar na posição correta e de forma que ele apreenda a mama corretamente. Manter as

Acesse http://BlogEnfermagem.com

mamas secas, não usando sabonetes, cremes ou pomadas. Tratar as fissuras com leite materno e sol. O importante é corrigir a "pega".

Quando existem fissuras, a mãe deve ser orientada para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar para outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade. Se elas não forem completamente esvaziadas desta maneira, deverão ser esvaziadas após as mamadas.

3. Mamas ingurgitadas

As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), podendo estar avermelhadas e a mulher ter febre. É diferente das mamas cheias que são pesadas, endurecidas, quentes, mas a mulher não tem febre e o leite está fluindo.

Para evitar ingurgitamento, as mamas devem ser esvaziadas como explicado anteriormente. Quando a mama estiver muito ingurgitada, fazer, antes de colocar o bebê para mamar, a expressão manual para facilitar a pega.

Caso a mulher não consiga dar o peito, o leite deve ser retirado por extração manual ou por bomba. Se não ocorrer melhora em 24 horas, a mama estiver quente, com a pele avermelhada em determinado local, e a mulher apresentar febre, provavelmente estará ocorrendo uma mastite que deverá ser corretamene diagnosticada e tratada.

Contra-indicações

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contra-indicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ (só podem dar o próprio leite se este for pasteurizado), mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento grave, entre outras.

As contra-indicações neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para sucção ou deglutição (dar leite materno por sonda orogástrica) e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar (oferecer leite materno ordenhado).

Raramente o uso de alguma medicação pela mulher contra-indica a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada pela puérpera amamentando sem orientação médica. Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como de uso criterioso ou contra-indicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento, sempre que isto for possível. Para maiores detalhes, ver manual Amamentação e Uso de Drogas (MS, 2000).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

O abortamento como questão de saúde pública

O aborto, assunto excluído das discussões científicas e políticas até bem pouco tempo atrás, é, na atualidade, uma das principais questões da agenda internacional, no que diz respeito à saúde e direitos reprodutivos.

A discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão do aborto, têm contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa. Falando em nome próprio, as mulheres levaram o que sempre foi considerado "seu problema" ao plano político local, regional e mundial, visando a definição de políticas que incorporem a prevenção do aborto e a ampliação do acesso a serviços de boa qualidade.

Assim, como resultado do debate conduzido pelo movimento de mulheres, na última década, o aborto foi amplamente debatido em duas importantes conferências das Nações Unidas: The International Conference on Population and The Development (Cairo, 1994) e a Fourth World Conference on Women (Beijing, 1995). E o aborto, realizado em condições inseguras, foi incluído no Plano de Ação da Conferência do Cairo - parágrafo 8.25 - como questão de saúde pública. Os governos signatários, entre eles o Brasil, assumiram o compromisso de implementar serviços, melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade e morbidade decorrente do aborto em seus países.

Trata-se, portanto, de ampliar acesso das mulheres aos direitos legalmente admitidos, investindo em ações que garantam aos homens e mulheres o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar da visibilidade adquirida, por força de leis restritivas, as mulheres ainda recorrem ao aborto "clandestino". Nessa condição, elas têm guardado

Acesse http://BlogEnfermagem.com

sua dor em silêncio ou, no máximo, compartilham-na com pessoas de sua intimidade. Quase sempre elas não encontram apoio nos serviços de saúde ou nas escolas, em se tratando de adolescentes.

As recomendações internacionais, se não transformadas em novas práticas no nível de atenção local, serão insuficientes para a solução do problema. Por isso, torna-se necessária a busca de políticas sociais adequadas ao contexto de cada país, estado ou município, respeitando-se as leis vigentes e promovendo os recursos humanos e xtécnicos disponíveis. Deve-se ressaltar aqui, a importância da prática profissional e política dos profissionais da saúde, principais interlocutores das mulheres que demandam serviços de saúde para orientações e tratamento dos problemas decorrentes do abortamento.

Magnitude do abortamento no Brasil e no mundo

A real magnitude do abortamento, no mundo, é desconhecida. A ilegalidade, parcial ou total em diversos países, dificulta o registro de todas as ocorrências. Na população mundial, 62% vive em países onde a interrupção de gravidez é permitida por uma ampla variedade de razoes, e 26% vive em países onde o aborto é proibido (Centro Legal para Derechos Reprodutivos y Politicos Publicas - CLRP, NY/EUA, 1999). Por outro lado, nem todas as mulheres demandam assistência pós-abortamento nos serviços públicos de saúde. Desta forma, é consenso de que existe uma sub-notificação dos casos, assim como das complicações associadas.

No Brasil, apesar da carência de indicadores que permitam aferição do numero total de ocorrências de abortamentos na população em geral, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas, observadas as amplas variações entre os estados brasileiros.

Dispõe-se, para análise do problema, dos dados fornecidos pelo Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), que informa o número de internações para curetagens pós-aborto e a freqüência de óbitos nestas circunstâncias, nos serviços públicos e conveniados e do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/CENEPI/MS) que consolida o registro do abortamento em declaração de óbito - neste caso com grande sub-notificação em quase todo país.

Conforme dados registrados nos últimos seis anos pelo SIH/MS, o número global de curetagens pós-aborto parece manter-se estável nos últimos três anos (Quadro 1).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Quadro 1 - Número de curetagens pós-aborto realizadas no âmbito dos serviços públicos e conveniados

Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº de curetagens pós-aborto	311.561	274.968	246.370	238.874	229.944	235.902

Fonte: SIH/SUS, MS

A incidência de abortos na adolescência constitui tambem grande preocupação social. Do total das internações por abortamento no SIH/SUS no ano de 1998, 22,5% eram de adolescentes. O atendimento recebido pelas adolescentes nos serviços de saúde é insatisfatório. Sem apoio e aconselhamento adequados, com freqüência, estas jovens engravidam novamente, entrando num ciclo repetitivo de gravidez-abortamento.

As medidas necessarias à redução da gravidez não planejada ou indesejada incluem orientações seguras na atenção pós-abortamento, na orientação anticoncepcional, divulgação e oferta da importância da anticoncepção de emergência e garantia de suporte psicológico e social quando necessário.

Os indicadores de saúde materna demonstram que a assistência ao abortamento não apresenta qualidade compatível com os recursos disponíveis. Por isso, a ampliação do acesso deve caminhar junto à qualificação da rede já instalada.

QUALIDADE DA ATENÇÃO AO ABORTAMENTO E NO PÓS-ABORTO

Conceituando a qualidade da atenção

A qualidade na atenção ao abortamento e pós-aborto deve ser compreendida como um conjunto de ações oferecido à mulher durante e após a interrupção de uma gestação, quer espontânea ou induzida, estendendo-se até o 42º dia após o término da gravidez. Para este fim, considera-se abortamento interrupção da gravidez até 22 semanas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm.

A qualidade da atenção implica num esforço integrado e sinérgico de todos os níveis gestores para a oferta de serviços que garantam: acolhimento, informação, aconselhamento, competência professional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Gestores, gerentes, profissionais de saúde e funcionários da rede assistencial, guardadas as diferenças de suas funções e atribuições específicas, são co-responsáveis na construção e no aprimoramento

Acesse http://BlogEnfermagem.com

contínuo da qualidade da atenção à mulher em processo de abortamento e no pós-aborto.

O acesso a serviços de qualidade permite que a mulher resolva o problema e encontre apoio na busca de soluções individuais para conduzir o seu processo reprodutivo com autonomia e segurança.

Construindo a qualidade da atenção

1. Acolhimento

Como acolher uma mulher que aborta? Com que olhar? Com que atitude? Qual a melhor maneira de ajudá-la a não repetir a situação em que se encontra? A evitar os riscos de um abortamento em condições inseguras? Refletir sobre essas questões é essencial para que se operem mudanças nos serviços de saúde, visando ao acolhimento e tratamento respeitoso às mulheres e suas decisões. Istp demanda um exercício constante de reflexão sobre a influência dos próprios valores (morais, éticos, religiosos) na prática profissional, reconhecimento e aceitação dos proprios limites e das diferenças que caracterizam a sociedade humana, o que não se obtém apenas por força da vontade. Podem ajudar nesta reflexão as discussões coletivas, dividir preocupações, confrontar e analisar atitudes e condutas na própria equipe de trabalho, ou em grupos interinstitucionais, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação. É importante também discutir as próprias dificuldades frente à sexualidade e as práticas reprodutivas.

Comentários desrespeitosos e conclusões precipitadas devem ser banidos do dia a dia dos serviços. A discussão coletiva e o repensar cotidiano de cada indivíduo poderão evitar julgamentos e atitudes preconceituosas sobre o comportamento reprodutivo das mulheres e/ou, pelo menos, erradicar práticas condenáveis e anti-éticas na oferta de serviços, coma as punições e castigos impostos a muitas mulheres que abortam, nos serviços públicos.

2. Informações e aconselhamento

Na maioria dos casos de abortamento, a mulher não deseja outra gravidez imediatamente após e a orientação sabre anticoncepção é absolutamente necessária. Do mesmo modo, a equipe deve estar preparada para orientar aquelas mulheres que desejam outra gravidez, seja naquele serviço ou encaminhando-a para unidades de referênda.

Com freqüência, no pós-abortamento, as mulheres precisam de uma equipe que compreenda suas necessidades, não somente físicas, mas também sociais e psicológicas. Esse apoio ajudará a mulher a entender os possíveis significados do abortamento, que, muitas vezes, se traduzem por frustração e sensação de incapacidade de engravidar novamente. Em outras situações, o sentimento de culpa pode ser dominante. Deve-se reconhecer também que há mulheres que sentem alívio, ou simplesmente estão tranqüilas, mas

Acesse http://BlogEnfermagem.com

nem sempre estão à vontade para expressar livremente suas reações ou sentimentos. Para que seja possível falar, é preciso que haja alguém capaz de ouvir. Por isso, uma boa capacidade de escuta, sem pré-julgamentos, parece ser o principal instrumento a ser utilizado pelos profissionais de saúde.

O diálogo satisfatório obtido durante o atendimento proporcionará às mulheres condições para decisões futuras em relação a sua saúde, em especial ao seu futuro reprodutivo.

3. Acesso aos serviços

Na organização da rede assistencial, deve-se considerar a presença de quadro elementos que garantirão o acesso da mulher ou adolescente aos serviços, quais sejam:

- existência de serviços de urgência que possam tratar as mulheres das complicações do aborto espontâneo ou induzido
- presença de serviços de planejamento familiar nos locais de atendimento às urgências de obstetrícia
- relação formalizada entre os serviços de urgência e de atenção integral à saúde da mulher
- informação continuada para as usuárias sobre os serviços disponíveis

4. Integração da rede assistencial

As mulheres devem dispor de uma rede de serviços que possa prestar atendimento adequado diante de um quadro de abortamento, e esta rede deve utilizar um sistema efetivo de referenda e contra-referência, respeitando as condições sociais e econômicas das mulheres. A integração dos serviços de urgência com serviços de planejamento familiar deve fazer parte da qualidade da atenção ao abortamento e pós-aborto.

5. Competência profissional

Além da habilidade na técnica empregada para o esvaziamento uterino, a competência se estende ao bom uso de equipamentos, instrumental e medicamentos, assim como na definição de rotinas e técnicas não evasivas, visando ao bem estar da mulher e permitindo sua participação na escolha dos procedimentos mais apropriados para resolução do problema. Aqui também se inclui a qualificação para estabelecimento de um padrão elevado de relacionamento interpessoal, abordagem social e psicológica de cada mulher, sua família ou acompanhante.

6. Tecnologia apropriada

A melhoria do atendimento impõe a utilização de tecnologia apropriada para promover o esvaziamento uterino, quando esta

Acesse http://BlogEnfermagem.com

situação for necessária. A retirada dos restos ovulares pode ser feita utilizando-se a técnica de aspiração manual intra-uterina (AMIU) nos casos de abortamento até 12 semanas, na qual a utilização de cânulas flexíveis de calibre uniforme diminui os riscos de complicações. Em muitos casos, quando convenientemente aplicada e precedida de esclarecimentos e do bloqueio paracervical, dispensa a utilização de anestesia geral, proporcionando maior segurança e colaboração da mulher, além de se poder oferecer uma alta mais precoce, com conseqüente diminuição dos custos. Quando não disponível, ou na ausência de pessoal treinado nesta técnica, pode-se promover o esvaziamento através da curetagem uterina.

CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA

1. Ameaça de Abortamento

O sangramento genital é de pequena intensidade, com ou sem dores (cólicas) que podem ser de intensidade variável, geralmente pouco intensas. O exame especular evidencia que o sangramento flui através da cérvice, e esta apresenta o orifício interno fechado. O Útero tem o tamanho correspondente ao esperado e não ha sinais de infeção. O exame de ultra-sonografia mostra-se normal.

Nestes casos, não há indicação de internação hospitalar e a mulher deve receber orientações para utilizar analgésicos se apresentar dor, fazer repouso e retornar ao ambulatório de pré-natal. Nos casos de sangramento intenso, devem-se avaliar os níveis de hemoglobina, identificar o tipo sangüíneo, se for desconhecido, e oferecer sorologias para sífilis e HIV.

2. Abortamento Completo

Geralmente em gestação com idade gestacional inferior a 8 semanas. O sangramento e as dores diminuem após a expulsão do material ovular. O orifício cervical interno pode ainda estar aberto. O útero tem dimensões inferiores ao esperado para a idade da gestação. A ultra-sonografia mostra cavidade uterina vazia ou apenas com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta deve ser expectante, com atenção à persistência do sangramento que pode sugerir restos ovulares, e com o surgimento de quadro infeccioso pélvico. Nestes casos, recomenda-se AMIU ou curetagem uterina. Solicitar tipagem sangüínea e sorologias para sífilis e HIV, após consentimento. Se for Rh negativo e não houver ainda sensibilização, faz-se obrigatória a administração da imunoglobulina anti-D.

3. Abortamento Inevitável e Incompleto

A perda sangüínea é maior que na ameaça de abortamento, podendo ocorrer a eliminação de coágulos. Esta perda geralmente diminui após a eliminação do material ovular, principalmente se for

Acesse http://BlogEnfermagem.com

completa. As dores têm intensidade major que a ameaça, e o orifício cervical interno encontra-se aberto, podendo ser identificado material ovular. A ultra-sonografia faz o diagnóstico diferencial entre eles.

Quando a gestação tem menos de 12 semanas, está indicada a aspiração manual intra-uterina (AMIU). Quando o serviço de saúde não dispuser deste procedimento, pode-se realizar a curetagem uterina. É indispensável determinar o tipo sangüíneo da mulher. Se for Rh negativo e não houver ainda sensibilização, faz-se obrigatória a administração da imunoglobulina anti-D. Sendo a sífilis uma das causas de abortamento, deve-se realizar a sorologia e promover seu tratamento quando presente; deve-se também oferecer a sorologia para HIV.

Em gestações acima de 12 semanas, com concepto na cavidade uterina, recomenda-se a infusão de ocitocina para promover sua expulsão ou a colocação do misoprostol no fundo de saco vaginal, na dose de 200 mcg a cada 6 horas. Após expulsão, deve-se realizar a curetagem uterina.

4. Abortamento Retido

O abortamento retido pode não ser precedido de ameaça de abortamento. Há regressão dos sinais e sintomas da gravidez. O orifício cervical encontra-se fechado e geralmente não há hemorragia. O exame de ultra-sonografia revela produto da concepção sem vitalidade ou sua ausência (ovo cego).

Quando a gestação tem menos de 12 semanas, deve-se proceder ao esvaziamento pela técnica de aspiração manual intra-uterina e, se necessário, realizar dilatação cervical com dilatadores, ou realiza-se curetagem uterina, tendo-se o cuidado para não provocar acidentes, principalmente perfuração uterina.

Quando a gestação tem mais de 12 semanas, é necessário promover a dilatação cervical e expulsão do produto conceptual. Para tanto, utiliza-se o misoprostol vaginal na dose de 200 mcg a cada 6 horas, ou infusão endovenosa de ocitocina, com 5 ampolas de 5 unidades, iniciando o gotejamento com 8 gotas por minuto. Nos casos em que o óbito ocorreu há mais de 4 semanas, pode ocorrer quadro de distúrbio da coagulação, portanto deve-se estar atento a outros sangramentos anormais, solicitando-se provas laboratoriais de coagulação quando existir esta suspeita. A identificação de gestante Rh negativo é indispensável para evitar a aloimunização. A sorologia para sífilis deve ser rotina e para HIV deve ser oferecida.

5. Abortamento Infectado

Geralmente ocorre após manipulação para induzir a interrupção da gravidez e sob más condições técnicas. As infeções são, polimicrobianas e quase sempre com bactérias da própria flora vaginal. O quadro é grave e requer cuidado imediato. Deve-se considerar, em todos os casos, o produto da concepção como não

Acesse http://BlogEnfermagem.com

tendo vitalidade. O que mais chama atenção no quadro clínico é sangramento com odor fétido, acompanhado de dor abdominal febre. O pulso encontra-se acelerado e a febre freqüentemente atinge mais de 38° C. Podem-se identificar coleções nos fundos de saco e, ao ser examinada, a paciente refere bastante dor à manipulação dos órgãos pélvicos. A possibilidade de perfuração uterina e de alças intestinais deve ser sempre lembrada. Quando instalado quadro de choque séptico, lembrar na etiologia por E. coli, Bacteroides e Clostridium. Este agente pode, inclusive, levar a quadro de anemia hemolítica fulminante e insuficiência renal.

Exames laboratoriais são necessários e deve ser avaliado o momento de sua solicitação. Os seguintes exames podem ser necessários:

- hemograma com contagem de plaquetas;
- tipagem sangüínea;
- urina tipo I (exame de sedimento urinário);
- dosagens de uréia e creatinina;
- coagulograma;
- hemocultura;
- cultura da secreção vaginal e do material endometrial;
- Rx do tórax e abdome; e
- a ultra-sonografia e a tomografia podem ser necessárias para identificar e delimitar coleções intra-cavitárias (abscessos).

Em todos os casos, deve-se fazer infusão de soluções parenterais, em especial hemotransfusão quando a hemoglobina for menor que 8 g%. Iniciar a antibioticoterapia de largo espectro, utilizando um anaerobicida (metronidazol ou clindamicina) e um aminoglicosídeo (gentamicina ou amicacina). Se não houver resposta, associar ampicilina ao esquema adotado ou ampliar o espectro antibacteriano com outros antibióticos (Quadro 2).

Quadro 2

Gentamicina	1,5 mg/Kg/dose, cada 8 horas	IV IM	7 - 10 dias	Evitar desidratação e monitorar função renal, ototoxidade.
Clindamicina	600 a 900 mg, cada 6 a 8 horas	IV	7 - 10 dias	Precauções em caso de disfunção renal ou hepática.
Amicacina	15mg/Kg/dia, cada 8 a 12 horas	IM IV	7 - 10 dias	Monitorar função renal, ototoxidade.
Metronidazol	500 mg a 1g, cada 6 horas	IV	7 - 10 dias	Reações colaterais de pouca intensidade
Ampicilina	500 mg a 1g, cada 6 horas	IV	7 - 10 dias	Reações alérgicas raras

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A escolha dos antibióticos deve ser feita com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. No caso do colo encontrar-se fechado, deve-se proceder sua abertura com a utilização do misoprostol ou do ocitocina, nas doses recomendadas para o abortamento retido. O esvaziamento uterino deve ser feito aproximadamente duas horas após o início da utilização dos antibióticos, podendo-se utilizar a AMIU se a gestação tiver menos de 12 semanas ou a curetagem uterina. Em ambos os casos, deve-se estar atento ao perigo de perfuração uterina. Nos casos de abscesso, e sendo este acessível pela colpotomia, procede-se esta técnica. Quando o quadro clínico mostra-se grave ou não ha sinais de melhora, não se deve adiar a decisão de uma laparotomia e, se necessário para salvar a vida do mulher, realizar-se-á uma histerectomia com ou sem retirada dos anexos.

Nos casos de abortamento infectado, atenção deve ser dada ás funções vitais, em especial ao funcionamento dos rins. O seguimento do quadro infeccioso deve ser clínico e laboratorial. Detalhes adicionais sobre esta condição podem ser encontrados no manual "Urgências e Emergências Maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna" do Ministério da Saúde (MS, 2000).

6. Abortamento em situação de risco para a gestante - aborto terapêutico

As gestantes que estão sendo atendidas em ambulatório ou procuram o hospital com doenças graves devera ser avaliadas por dois obstetras e por um especialista no patologia que está motivando a interrupção da gestação. Para realização do aborto ou antecipação do parto, é obrigatório que a mulher e/ou seus familiares estejam informados, tenham suas dúvidas esclarecidas e autorizem o procedimento.

É importante que uma equipe multiprofissional preste atendimento a esta mulher, posto que no interrupção da gravidez motivada pelo agravamento do seu estado de saúde, o apoio psicológico é fundamental no atendimento. Não é necessário comunicar ao Conselho Regional de Medicina, mas é importante notificar à Comissão de Ética do hospital onde será realizado o procedimento. Para maiores esclarecimentos, consultar o manual técnico de Gestação de Alto Risco (MS, 2000).

7. Abortamento pós-estupro

Na condição de gravidez por estupro, quando a gestante procura o hospital, ela deverá ser avaliada pela equipe de plantão, que deverá estar habilitada a realizar o atendimento de rotina para esta circunstância, conforme norma específica do Ministério da Saúde, ou por uma equipe de referência para atendimento a mulheres em situação de violência. Deverá ser feita a abertura de prontuário, solicitação de exames, encaminhamentos e prescrições médicas indicadas á situação.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Se a mulher deseja interromper a gravidez, ela deverá apresentar o Boletim de Ocorrência Policial (BOP), obtido na Delegacia de Polícia ao prestar queixa. Caso não o tenha feito até o momento, ela deverá ser orientada, pelo serviço, a fazê-lo imediatamente. Recomenda-se solicitar o registro do atendimento médico por ocasião da violência sofrida e o laudo do Instituto Médico Legal, quando disponível. Não é necessária a autorização judicial para o abortamento em caso de estupro, conforme o artigo 128 do código penal brasileiro, que exige apenas o consentimento do gestante.

A anamnese ginecológica tem como finalidade obter informações sobre a data do estupro, o último período menstrual e se a mulher utilizou alguma medicação após o ocorrido. O exame ginecológico deve rastrear lesões na vulva e vagina e o exame de toque mensurar o volume uterino e o tempo provável da gestação. Além de submetida aos exames rotineiros (sorologias para sífilis, HIV e hepatite, tipagem sangüínea/ fator Rh), a gestante será encaminhada a exame de ultrasom para diagnóstico da idade gestacional. Esses dados, avaliados em conjunto, podem indicar com razoável precisão que a gravidez corresponde ao momento do estupro.

Preferencialmente a gestação deve ser interrompida até a 12° semana, porém, com suporte adequado, até 20 semanas. O procedimento será realizado com autorização expressa do paciente que assinará consentimento informado e, em caso de menor de 14 anos ou incapaz, este procedimento será autorizado pelos pais ou responsáveis legais.

Deve-se evitar que toda a equipe faça as mesmas perguntas para a mulher, sendo necessário que um único prontuário seja utilizado até o final do atendimento. O tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a interrupção da gestação não deve ser superior a 7 dias. Após o procedimento, a paciente deverá continuar recebendo orientação médica, psicológica e social.

O procedimento para interrupção da gestação deverá ser escolhido pela equipe médica. Quando se tratar de crianças, a anestesia deve ser geral e o procedimento realizado com aspiração da cavidade uterina, visando um menor traumatismo do colo uterino durante o processo de dilatação. A interrupção da gravidez pode ser feita através da aspiração manual intra-uterina (AMIU), com anestesia para-cervical, conferindo a este procedimento caráter ambulatorial, permitindo, assim, que a paciente deixe o hospital após uma ou duas horas. A dilatação e curetagem uterina são alternativas que a maioria dos hospitais brasileiros utilizam, sendo necessário, nestes casos, o jejum alimentar por no mínimo 8 horas, anestesia geral ou bloqueios espinais.

Nos gestações acima de 12 semanas, poderão ser realizados o preparo e a dilatação do colo uterino com misoprostol na dose de 200mcg por via vaginal, repetido a cada 6 horas, ate a eliminação do

Acesse http://BlogEnfermagem.com

produto conceptual, e posterior curetagem uterina. É importante que fragmentos do material fetal ou placentário sejam acondicionados e mantidos em freezer para exame de DNA, no caso da Justiça necessitar. A paciente deve ser avisada deste procedimento. Em todos os casos, recomenda-se um retorno ao serviço, para avaliação clínica e acompanhamento psicológico.

Prestando atendimento adequado às mulheres com solicitação de aborto previsto por lei, estará sendo minimizado o sofrimento destas mulheres e proporcionada sua reintegração social. Maiores esclarecimentos sobre esta situação e a normatização dos serviços que prestam assistências às mulheres vítimas de violência sexual, podem ser obtidos na norma técnica do Ministério da Saúde, Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MS, 1999).

8. Interrupção da gravidez em casos de malformação fetal grave ou incompatível com a vida

Quando uma gestante demanda interrupção de gravidez ao ser diagnosticada uma patologia fetal grave ou que caracteriza incompatibilidade com a vida, para que o pedido seja atendido, é necessária a autorização judicial. A assistente social ou outro membro da equipe deverá orientar a gestante, seu companheiro e/ou familiares a procurarem o Ministério Público no município, solicitando autorização para realização do procedimento. E necessário ainda que a equipe forneça um laudo médico, explicando as condições da gravidez que justifiquem sua interrupção, assim como possíveis danos para a saúde física e mental da mulher em caso de evolução até o final da gestação.

Os procedimentos para interrupção serão determinados pelo tempo de gestação.

PLANEJAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTAMENTO

Os serviços de saúde que atendem urgências obstétricas não podem perder a valiosa oportunidade de informar às mulheres sobre a utilização de métodos anticoncepcionais. Os esclarecimentos e a oferta de métodos devem ser amplos, para que a mulher possa escolher o que melhor se adapta às suas condições clínicas, sociais, econômicas e seus riscos reprodutivos. Deve-se informar à mulher que sua fecundidade poderá ser reestabelecida antes do aparecimento de nova menstruação, podendo estar apta a engravidar em torno de 15 dias após o abortamento. Recomenda-se a abstinência sexual enquanto existir sangramento.

A escolha do método deve ser da mulher, devendo os serviços de saúde dispor de uma variedade de opções. No aconselhamento, a dupla-proteção deve ser tratada com especial atenção, tendo em vista o crescimento das DST- AIDS entre mulheres. A mulher deve ser informada sobre os benefícios do preservativo, assim como treinada para saber coloca-lo corretamente.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Nos casos de abortamento sem nenhuma complicação, não há restrições de métodos. A mulher pode optar por esterilização, injetáveis, implantes, DIU (podendo este ser inserido logo após o esvaziamento uterino), contraceptivos orais (iniciado dentro da 1 ° semana após o esvaziamento), preservativos e diafragmas. Não se recomendam os métodos naturais antes de restabelecidos os ciclos menstruais.

Quando o abortamento foi infectado ou há dúvidas sobre esta situação, ou ainda se foi praticado em condições inseguras, devem-se oferecer os implantes, injetáveis, contraceptivos orais e preservativos. O DIU não deve ser inserido A esterilização da mulher deve ser postergada para um momento posterior, quando o quadro infeccioso tenha sido completamente controlado.

Nos casos em que ocorreu abundante sangramento genital que levou a quadro de anemia na mulher, devem-se considerar as orientações dadas no caso do abortamento infectado. Quando se dispõe do DIU com progesterona, este pode ser empregado, pois ocorrerá uma redução do fluxo menstrual, ajudando na recuperação hematológica.

Nos casos de aborto induzido, provavelmente a mulher não deseja outra gravidez no momento. Isto pode ser confirmado no atendimento, afastando-se a possibilidade de ela ter sido forçada a abortar, seja pela família, namorado, ou mesmo para manter-se no emprego. Nesses casos, o serviço social e a psicologia devem avaliar a situação em conjunto com a mulher, oferecendo ajuda no âmbito da saúde e informando as possibilidades no campo do direito e do sistema judiciário.

Se, de fato, a mulher não deseja outra gravidez, todos os esforços da equipe de saúde devem então ser dirigidos para assegurar uma decisão consciente e tornar disponíveis todos os métodos contraceptivos. Nas mulheres que se encontram ansiosas ou que não se sentem seguras em sua opção, deve-se apoiar a utilização de métodos provisórios e garantir o atendimento desta mulher em serviço de planejamento familiar. Nos casos em que a mulher utilizava um método contraceptivo e este falhou, discutir as causas do insucesso e apoiá-la em sua decisão, procurando garantir o suprimento do método escolhido.

Quando o parceiro não aceita a utilização do preservativo e se opõe à utilização de qualquer método pela mulher, deve-se incluir este parceiro no aconselhamento e, quando não for possível, deve-se explicar à mulher os métodos contraceptivos que a impedem de contrair uma DST. Nestes casos, procura-se respeitar a privacidade da mulher e sua decisão.

Quando a mulher, após atendimento ao abortamento, deseja engravidar imediatamente, é imprescindível tentar esclarecer as causas do abortamento, antes de tentar uma nova gestação. É boa

Acesse http://BlogEnfermagem.com

conduta nestes casos encaminhá-la para um serviço de referência, ocasião em que será feita uma investigação mais rigorosa sobre aquela perda.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

18

ASSISTÊNCIA À MULHER PORTADORA DO HIV DURANTE O PARTO E PUERPÉRIO

No Brasil, atualmente, mais de 90% dos casos de AIDS em crianças estão relacionados à transmissão do HIV da mãe para o filho. Estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem esse vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou parto, ou por meio da amamentação. Entretanto, há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (65%) ocorre mais tardiamente na gestação, principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Posteriormente, se a mulher amamentar a criança, há ainda um risco adicional de, em média, 15% de transmissão do HIV por essa via.

De uma maneira geral, a associação do HIV e gestação é considerada uma condição de alto risco e assim á tratada. O motivo fundamental pelo qual tal assunto é abordado nesta publicação diz respeito à especial condição de discriminação social e preconceito que sofre a mulher HIV+ durante a gestação e o parto. Considerando que uma abordagem adequada e completa à mulher HIV+ durante o pré-natal, o parto e o puerpério e capaz de reduzir os riscos materno-infantis a níveis muito próximos aos de gestantes não infectadas, a freqüência da condição, a possibilidade de intervenções efetivas e a necessidade de reverter a discriminação sofrida por estas mulheres, justificam esta decisão. As mulheres com HIV merecem, como todas as mulheres, um tratamento humanizado e tecnicamente correto.

Em 1994, os resultados do protocolo 076 do AIDS Clínical Trials Group (ACTG) comprovaram que a zidovudina (o AZT) pode reduzir a transmissão vertical do HIV em 67,5%, quando usado:

- pela mulher, durante a gestação (AZT-cápsulas na dose diária de 500 mg a 600 mg, VO, a partir da 14° semana ate o parto);
- pela mulher no trabalho de parto e parto (AZT - injetável, ver o esquema); e
- pelo recém-nascido (AZT - solução oral, ver o esquema).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Com o objetivo de verificar o risco de transmissão materno-infantil do HIV em mulheres que não tiveram seu diagnóstico em tempo de usar o protocolo do ACTG 076 de forma completa, outros estudos vêm sendo realizados e todos demonstraram que o uso do AZT, mesmo durante um curto período de tempo, leva à diminuição do risco dessa transmissão, ressaltando que, por esse motivo, todos os encontros com a gestante, parturiente ou puérpera, representam uma oportunidade para o oferecimento do teste anti-HIV e devem ser aproveitados.

O AZT injetável e o AZT solução oral para o recém-nascido, devem ser administrados independentemente do esquema anti-retroviral utilizado pela mulher durante a gestação.

1. O Aconselhamento para o teste anti-HIV

Pelas razões acima referidas, o Ministério da Saúde recomenda que seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. O teste, entretanto, deve ser voluntário e confidencial. Nos casos de gestantes prestes a entrar em trabalho de parto, ou já em trabalho de parto, ou mesmo no puerpério imediato, e que não tenham sido aconselhadas e testadas para o HIV no pré-natal (ou cujo resultado não esteja disponível), o aconselhamento poderá ser realizado nessa oportunidade, devendo, especialmente nesses casos, ser levado em consideração o perfil psicológico e emocional da mulher, proporcionando-lhe apoio adequado. Mostra-se conveniente nessas situações o uso de testes rápidos, por permitir a indicação de tratamento profilático em tempo hábil para o recém-nascido. É essa uma decisão terapêutica de emergência, com boa relação de custo-efetividade, justificando seu uso.

A testagem rápida, portanto, não se constitui exame com finalidade de diagnóstico da mulher. Seu resultado deverá ser sempre considerado provisório, sendo imprescindível encaminhar a amostra reagente, ou a mulher, o mais rápido possível, após o parto, e em caráter prioritário, para a realização de testes confirmatórios.

Ou seja, resultados reagentes devem ser obrigatoriamente submetidos a outro teste de triagem com princípio diferente e, se necessário, a testes confirmatórios antes de concluir o diagnóstico para serem entregues às pacientes (recomendações na Portaria 488, de 17/06/98, MS/SVS, D.O. da União, Seção 1, p.3). Como já referido, atenção especial deve ser dada ao aconselhamento realizado nessa situação de estresse, devendo o resultado do teste rápido, seja ele reagente ou não reagente, ser sempre comunicado por profissional devidamente treinado. Todos os aspectos de custo-efetividade deverão ser referidos à mulher durante o aconselhamento.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

2. Assistência ao parto

O parto de uma mulher portadora do HIV deve, por todas as razões abordadas nos capítulos precedentes, ser humanizado, buscando-se, em todas as fases desse momento, proporcionar bem estar à mãe e ao recém-nascido. O esquema terapêutico do ACTG 076 demonstrou reduzir em 2/3 (67,5%) o risco de transmissão, evidenciando transmissão de 25,5% no grupo placebo e apenas de 8,3% no grupo em use do AZT. Entretanto, esse risco pode ainda ser reduzido quando se proporciona à gestante/parturiente/puérpera e ao recém-nascido uma assistência de qualidade.

Deve constituir o principio básico dessa assistência a não realização de procedimentos que exponham o neonato ao sangue e secreções maternas por muito tempo e que promovam solução de continuidade na pele do recém-nascido, além de contra-indicar o aleitamento materno.

Assim sendo, os seguintes cuidados essenciais devem ser observados:

- não romper artificialmente as membranas amnióticas (amniotomia);
- evitar toques vaginais repetidos;
- evitar procedimentos invasivos, tais como: amniocentese, cordocentese, escalpe cefálico;
- episiotomia, fórceps e extração vácuo devem ser evitadas, sempre que possível. Se a episiotomia fiver de ser realizada, deverá ser realizada o mais próximo possível do desprendimento cefálico e a incisão deverá ser protegida por uma compressa de gaze para evitar o contato do sangue com o feto. Se houver necessidade de o parto ser assistido, deverá se dar preferência ao fórcipe do que ao vácuo extrator, em virtude desse último causar micro-lacerações no escalpe do neonato;
- não realizar a manobra de Kristeller;
- proceder o clampeamento do cordão umbilical imediatamente após a expulsão do neonato;
- aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas; e
- lavar o recém-nascido com água e sabão imediatamente após o nascimento.

As parturientes portadoras do HIV não devem permanecer com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado. **Não há necessidade de se !solar a paciente portadora do HIV.** A administração dos anti-retrovirais utilizados durante a gestação deve ser continuada durante o trabalho de parto, ou iniciada tão logo possível.

O AZT injetável deve ser instituído desde o inicio do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical. Como exposto

Acesse http://BlogEnfermagem.com

anteriormente, é **importante que mesmo as mulheres que não receberam terapia anti-retroviral (TARV) durante a gestação, recebam AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto e a solução oral de AZT deve ser administrada ao RN.**

As mulheres HIV+ em regime anti-retroviral que incluam a estavudina (d4T), apesar de não terem usado o AZT durante a gravidez, devem igualmente receber o AZT intravenoso durante o trabalho de parto e o parto e a solução oral de AZT deve também ser administrada ao recém-nascido.

O esquema posológico do AZT para parturientes deve observar as seguintes recomendações:
Dose:

- iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1 mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical; e
- diluir o AZT em soro glicosado a 5% e gotejar conforme a tabela abaixo. A concentração não deve exceder 4mg/ml. Recomenda-se o uso da diluição do AZT em SG5%, após a sua preparação até 8 horas, em conservação a 25° C, ou até 24 horas em conservação a 2-8° C.

Apresentação:
AZT injetável - frasco ampola de 200 mg com 20 ml (10 mg/ml).

Preparação do AZT para infusão IV em 100 ml de soro glicosado a 5%:

		Peso da paciente (Kg)					
		40	50	60	70	80	90
ATAQUE (2 mg/kg na primeira hora	Quantidade de AZT (ml)	8	10	12	14	16	18
	Número de gotas/min.	36	37	37	38	39	39
Manutenção (1 mg/kg) a cada hora	Quantidade de AZT (ml)	4	5	6	7	8	9
	Número de gotas/min.	35	35	35	36	36	36

Não havendo disponibilidade do AZT injetável, deve-se usar esquema alternativo do AZT oral como se segue: 300 mg, VO, no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300mg a cada 3 horas até o clampeamento do cordão umbilical.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

3. Via de parto

Como a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre tardiamente na gestação ou durante o parto, o parto cesáreo, quando realizado de forma eletiva, ou seja, estando as membranas amnióticas íntegras e sem ter o trabalho de parto iniciado, contribui para a redução da transmissão materno-infantil do HIV. Entretanto, esses estudos foram realizados com mulheres que não fizeram uso da terapia anti-retroviral (TARV) combinada (AZT e outros ARV). O uso de TARV combinada é capaz de reduzir significativamente a carga viral do HIV, para níveis indetectáveis. A carga viral elevada, juntamente com a rotura prolongada da membrana amniótica, é reconhecidamente um dos principais fatores associados à transmissão perinatal do HIV. Desta forma, os dados atualmente disponíveis são insuficientes para demonstrar algum benefício na realização da cesariana em mulheres com cargo viral muito baixa ou indetectável, ou em mulheres em uso de TARV combinada potente. Por outro lado, não há nesses estudos dados suficientes relacionando esses fatores inerentes ao estado clínico da infecção pelo HIV na mulher às conseqüências de morbidade e mortalidade materna ao se adotar essa conduta. Nao existe também qualquer evidência de que a realização de cesariana, após o início do trabalho de parto ou rotura de membranas, reduza a taxa de transmissão do HIV para o neonato.

De uma forma geral, do ponto de vista clínico, na rotina de acompanhamento da gestante HIV+ deverão ser incluídos exames para o monitoramento da situação imunológica (contagem de linfócitos CD4+) e virológica (quantificação da cargo viral , ou seja de RNA-HIV-1 circulante), realizados no início do pré-natal e pelo menos no período próximo ao parto (32ª-36ª semanas), com o objetivo de definir, entre outras coisas, que via de parto deverá ser adotada. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tem recomendado o parto operatório para a mulher HIV+ com carga viral acima de 1000 cópias ou carga viral desconhecida.

Desta forma, essa decisão deve ser individualizada, considerando os dados de cargo viral, o esquema ARV em uso pela mulher durante a gestação, bem como o seu tempo de utilização. Portanto, são os princípios de uma boa assistência obstétrica e as condições do estado clínico da infecção pelo HIV, proporcionando menor risco para a mãe e filho, que devem nortear a escolha da via de parto. Sendo assim, avaliação conjunta do obstetra e infectologista que acompanha a mulher, colocando-a ao par dos riscos e benefícios do parto cirúrgico, se faz necessário.

Uma vez decidido pela **operação cesariana eletiva,** as seguintes considerações devem ser observadas:

- *a confirmação da idade gestacional e maturidade fetal deve ser cuidadosamente estabelecida, para prevenir a prematuridade iatrogênica. A ultra-sonografia, realizada precocemente na*

Acesse http://BlogEnfermagem.com

gestação, auxilia no estabelecimento do dia do parto operatório que deverá ser planejado para o final da 38ª semana, a fim de minimizar a possibilidade de trabalho de parto ou rotura das membranas;

- *cesáreas eletivas devem sempre ser planejadas e executadas em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal, realizando-se em dia e hora previamente estabelecidos pela equipe;*
- *no horário da internação, deve ser previsto o tempo necessário para a administração prévia do AZT, no mínimo por 4 horas, considerando-se que a meia-vida intra-celular do medicamento é de 3 horas; e*
- *considerar a utilização de antibiótico profilaxia com cefalosporina de segunda geração, administrada em dose única imediatamente antes do procedimento cirúrgico ou no momento do clampeamento do cordão umbilical. Essa recomendação também se aplica na operação cesariana de emergência.*

4. Assistência ao recém-nascido após o parto

Além das recomendações já referidas (a aspiração delicada das vias aéreas e o asseio imediato com água e sabão do recém-nascido), devem fazer parte dos cuidados específicos com o recém-nascido verticalmente exposto:

- a administração do AZT solução oral, de 10mg/ml, na dose de 2mg/kg, a cada 6 horas, iniciando-se preferencialmente até a 8ª hora, podendo entretanto ser iniciada até 24 horas após o parto, e mantida durante 6 semanas. Até o momento, não há comprovação de eficácia quando o tratamento com AZT é iniciado após 48 horas, ficando a indicação da profilaxia após esse período a critério médico;
- excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose do esquema acima recomendado;
- a dose de AZT apropriada para crianças prematuras, abaixo de 34 semanas de gestação, ainda não está definida. Entretanto, o protocolo 331 do Pediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTG) sugere utilizar 1,5mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas nas primeiras duas semanas e 2mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas. Nas crianças acima de 34 semanas, a farmacocinética do medicamento é semelhante à das crianças a termo;
- pela ocorrência freqüente de anemia no recém-nascido em uso de AZT, recomenda-se a realização de hemograma completo, possibilitando o monitoramento do criança no início do tratamento com AZT e após 6 e 12 semanas;
- assegurar o acompanhamento da criança pelo pediatra e infectologista infantil. A partir da sexta semana de vida até a definição do estado sorológico, a criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia pelo Pneumocysts carinii, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP) na dose de 750mg de SMX/m2/dia, divididos em 2 doses diárias, 3 vezes por semana, em dias consecutivos;

Acesse http://BlogEnfermagem.com

- os filhos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber AZT solução oral, mesmo que suas mães não tenham recebido o AZT durante a gestação e o parto. Nesses casos, o início deverá ser imediatamente após o nascimento. **A criança deverá ficar com sua mãe em alojamento conjunto; e**

- não amamentar. Alimentar o neonato com leite artificial. Em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso que não possam usar fórmula infantil, usar leite humano pasteurizado em banco de leite credenciado pelo Ministério da Saúde. Contra-indica-se o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher).

5. Assistência no puerpério

São recomendações importantes nessa fase:

- inibir a lactação da puérpera, com diagnóstico de infecção pelo HIV, logo após o parto. A inibição da lactação pode ser conseguida com compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem restringir os movimentos respiratórios e causar desconforto materno. Recomenda-se ainda a utilização de hexahidro-benzoato de estradiol (o Benzoginoestril AP), 2 ampolas de 5mg (1 ml); ou o hidrogenomaleato de lisurida (o Dopergin), 0,2mg, 1 comprimido pela manhã e 1 à noite, por 14 dias;
- informar a mulher sobre os riscos de transmissão do HIV através da amamentação, e orientá-la como obter e quanto ao preparo e uso da fórmula infantil. É importante que a puérpera, durante sua permanência na maternidade, receba suporte da equipe de saúde para não amamentar sem se sentir discriminada por isso. Essa atenção deve ser redobrada especialmente nos alojamentos conjuntos, onde a maioria das mulheres está amamentando seu bebê (hospitais amigos da criança); e
- no puerpério imediato e subseqüentes, devem ser pesquisadas histórias e/ou a presença de sinais e sintomas relacionados a infecção pelo HIV que caracterizam imunodeficiência moderada, tais como: candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, tuberculose pulmonar no último ano, herpes zoster, febre persistente sem etiologia definida (intermitente ou constante) por mais de 1 mês, dispnéia, infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite), candidíase vaginal recorrente, herpes simples, perda de peso = 10% do peso corporal, e diarréia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de 1 mês.

Havendo a presença de sinais clínicos de imunodeficiência com febre inexplicada com duração maior que 2 semanas e candidíase oral, impõe-se a realização de quimioprofilaxia primária para pneumonia pelo Pneumocysts carinii, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP), VO, na dose de 800mg e 160 mg respectivamente ou 5mg/kg (TMP), uma vez ao dia. Esses casos devem ser encaminhados ao infectologista imediatamente para avaliação clínica e laboratorial e início da terapia anti-retroviral conveniente. Esta recomendação

Acesse http://BlogEnfermagem.com

é particularmente importante para as mulheres que tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante o parto.

- Orientar a mulher, por ocasião do alto, quanta à importância de seu acompanhamento com o infectologista ou clínico, e da criança, até definição de sua situação sorológica. É muito comum após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao acompanhamento médico. Seu comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa se necessário.
- Mulheres HIV+ apresentam com mais freqüência complicações infecciosas no pós-parto, tais como infecção urinária, pulmonar, na episiotomia e incisão cirúrgica. No caso de parto operatório, inspecionar cuidadosamente a ferida cirúrgica, identificando precocemente qualquer complicação infecciosa. A mulher deve ser orientada sobre como fazer a higiene perineal, a vigilância dos lóquios e a procurar orientação médica, caso apresente sinais locais de infecções ou febre durante o puerpério.
- O seguimento obstétrico da mulher portadora do HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e puerpério imediato, deve prever seu retorno no 8° e no 40° dia pós-parto.
- Orientar sobre a prevenção das DST, reinfecção pelo HIV, orientando-a quanto ao uso de preservativos (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. No caso de mulheres HIV+ cuja situação sorológica do parceiro seja desconhecida, ele deverá sempre ser aconselhado e testado.
- Orientar a mulher, e seu parceiro, sobre contracepção, encaminhando-a (os) para um serviço de planejamento familiar.
- Principalmente para as mulheres que tiveram seu diagóstico de infecção pelo HIV no momento do parto, a equipe de saúde deverá investigar a situação no que se refere a suporte familiar, filhos e recursos financeiros, oferecendo-lhes apoio psicológico e social.

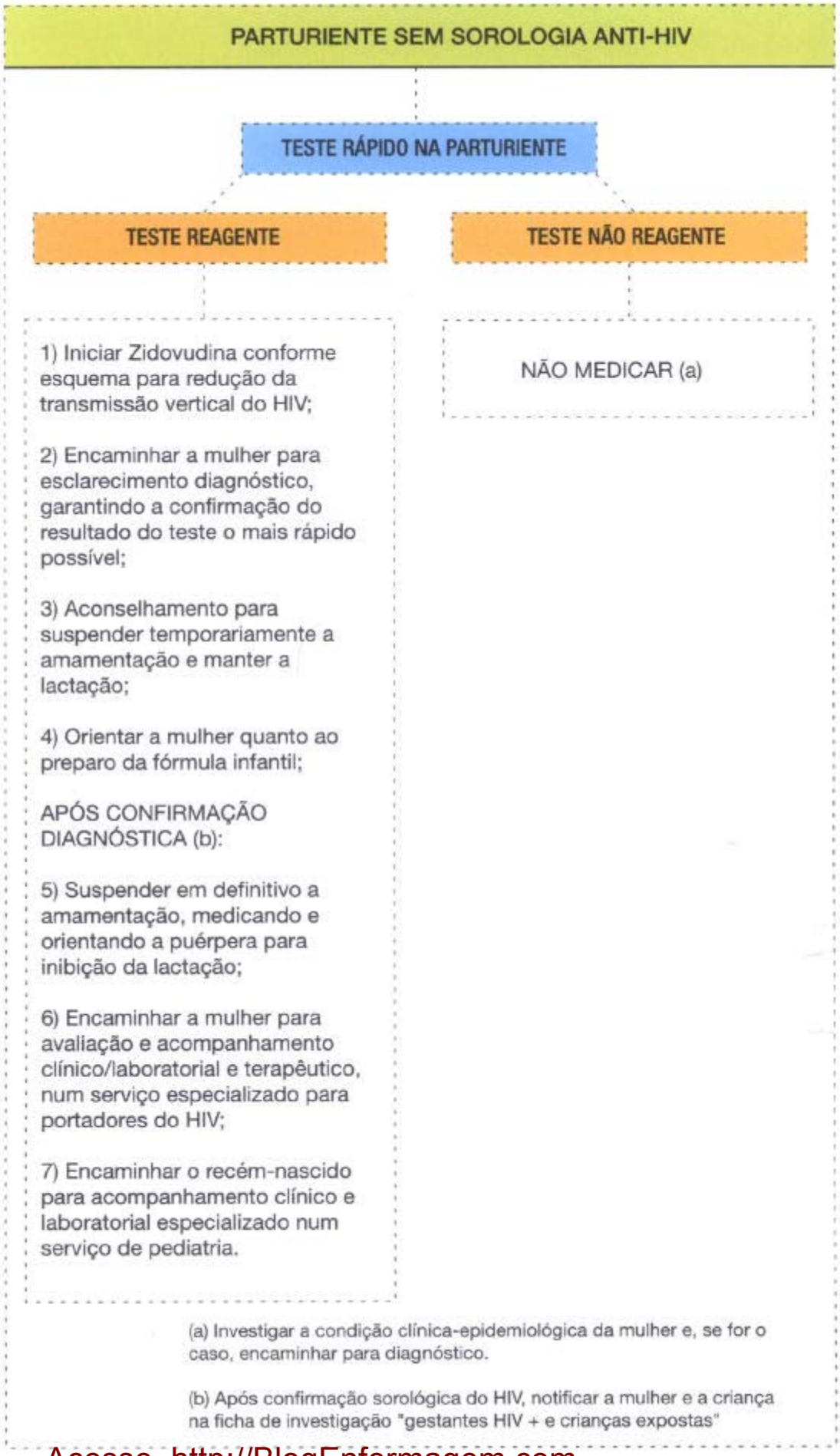
6. Vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas

O Ministério da Saúde, buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, tornou obrigatória a notificação das gestantes em que for detectada a infecção pelo HIV (diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV em conformidade com as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde). Da mesma forma, é obrigatória a notificação das crianças nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV. Para cumprir com este objetivo, existe uma "**Ficha de Investigação de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas"** para a notificação padronizada, que pode ser conseguida em qualquer maternidade.

A seguir encontra-se um algoritmo que resume as condutas recomendadas para uso de teste rápido em parturientes para indicação de use de zidovudina como profilaxia da transmissão vertical do HIV:

Acesse http://BlogEnfermagem.com

FLUXOGRAMA PARA USO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV EM PARTURIENTES


PARTURIENTE SEM SOROLOGIA ANTI-HIV
TESTE RÁPIDO NA PARTURIENTE
TESTE REAGENTE
TESTE NÃO REAGENTE
1) Iniciar Zidovudina conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
2) Encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
3) Aconselhamento para suspender temporariamente a amamentação e manter a lactação;
4) Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil;
APÓS CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA (b):
5) Suspender em definitivo a amamentação, medicando e orientando a puérpera para inibição da lactação;
6) Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/laboratorial e terapêutico, num serviço especializado para portadores do HIV;
7) Encaminhar o recém-nascido para acompanhamento clínico e laboratorial especializado num serviço de pediatria.
NÃO MEDICAR (a)
(a) Investigar a condição clínica-epidemiológica da mulher e, se for o caso, encaminhar para diagnóstico.
(b) Após confirmação sorológica do HIV, notificar a mulher e a criança na ficha de investigação "gestantes HIV + e crianças expostas"

Acesse http://BlogEnfermagem.com

7. Precauções Básicas e Universais

As Precauções Básicas e Universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas com qualquer indivíduo, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas; na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-integra.

Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.

Os profissionais de saúde, e em especial os cirurgiões, devem tomar outros cuidados adicionais para se prevenirem contra acidentes com materiais pérfuro-cortantes.

7.1 Cuidados específicos durante o parto

- Preferir sempre seringas de plástico (isto se aplica para a episiotomia, quando esta não puder ser evitada)
- Preferir sempre o use de tesouras, ao invés de bisturi
- Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo)
- Preferir fios de sutura agulhados
- Evitar agulhas retas de sutura, pelo seu maior risco de acidente percutâneo
- Utilizar sempre pintas auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos durante a sutura da episiotomia (quando essa for necessária), durante o fechamento por planos na operação cesariana e outros procedimentos
- Evitar sutura por dois cirurgiões simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico
- A passagem de materiais pérfuro-cortantes (bisturi, portaagulhas montados, etc.) do auxiliar para o cirurgião deve ser através de cubas, após aviso verbal
- Adotar cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande
- Adotar os EPI (luvas, capotes, avental, máscara e gorro) nos cuidados imediatos ao recém-nascido, devida a possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico

Para maiores informações, consulte o Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV do Ministério da Saúde.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

19 ASSISTÊNCIA À MULHER NO QUARTO PERÍODO

Classicamente denomina-se 4° período do parto (ou de Greenberg) ao período de pós-parto imediato, após a dequitação. Não há na literatura consenso sobre sua duração exata, entretanto, inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto. Para alguns, a primeira hora, para outros, até segunda hora após o parto.

É período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. Expulsa a placenta, por ação da gravidade ou por leve expressão/compressão do fundo uterino, assegura-se a hemostasia pela retração uterina persistente (globo de segurança de Pinard), que promove oclusão dos vasos na porção muscular, constituindo as ligaduras vivas de Pinard. Concomitantemente, ocorre o tamponamento trombótico dos vasos útero-placentários.

Na eventualidade de sangramento vaginal anormal, a observação será redobrada, controlando-se a retração uterina, a perda sangüínea e o estado geral. Os sinais vitais, especialmente pressão arterial e pulso, devem ser mensurados a cada 15 minutos. Da mesma forma, deverá ser feito controle praticamente contínuo da retração uterina e do sangramento. A não observância a estas medidas coloca a puérpera em sério risco. O diagnóstico precoce das alterações é fator preponderante para o sucesso terapêutico. A sensação de que o parto acabou após o nascimento da criança e o delivramento placentário é perigosa e inadequada.

Nesta fase, portanto, devem-se considerar as seguintes questões: verificação constante da contração uterina, revisão do canal de parto e reparação das lesões porventura existentes. A remoção da puérpera para a sala de recuperação (quando necessária) e enfermaria de alojamento conjunto somente deverá ser efetuada após o término do quarto período.

Expulsa a placenta, que deve ser revisada quanto à integridade de cotilédones e membranas,

Acesse http://BlogEnfermagem.com

procede-se à imediata revisão do canal de parto (colo, vagina e períneo) e à episiorrafia, quando realizada episiotomia.

Além disso, este curto período em que a mulher permanecerá sob vigilância na unidade onde o parto ocorreu, constitui ótima oportunidade para um cuidado individualizado dos profissionais de saúde no tocante às orientações sobre o período puerperal, cuidados, amamentação precoce (ver Capitulo16), contato com o recém-nascido e outros assuntos correlatos, desde que a mulher esteja em boas condições. As salas de PPP são ideais para o controle da mulher durante este período.

Complicações hemorrágicas

A hemorragia pós-parto, caracterizada pela perda de sangue superior a 500ml, é, sem dúvida, uma das situações mais dramáticas e angustiantes vivenciada pelos obstetras. Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, têm que estar familiarizados com o tratamento do choque hipovolêmico puerperal. Detalhes sobre este assunto podem ser encontrados no manual de Urgências e Emergências Maternas (MS, 2000).

As três principais causas de sangramento puerperal são a atonia uterina, as lacerações de trajeto e a retenção de fragmentos placentários. Ocorrem em aproximadamente 5% dos partos. Embora possam ser evitadas e tratadas, elevam significativamente a morbimortalidade materna. Outras causas incluem o acretismo placentário, a rotura, a inversão uterina e os distúrbios da coagulação.

As medidas profiláticas para prevenir a gravidade de suas complicações são a boa formação do médico e dos demais profissionais de saúde, a tentativa de não realização de procedimentos traumáticos (principalmente fórcipes médios), a correção pré-natal dos quadros anêmicos, o uso profilático de uterotônicos (quando indicados) e a realização de partos de risco em unidades hospitalares capacitadas com recursos técnicos e humanos.

1. Atonia uterina

Representa a principal causa de hemorragia e choque hipovolêmico após o secundamento. Tem importância fundamental na morbimortalidade materna, sendo a causa principal de histerectomia pós-parto. Caracteriza-se por sangramento acentuado, que se reduz apenas durante as raras, rápidas e pouco intensas contrações, associado a útero flácido, amolecido e, em geral, aumentado.

Os principais fatores predisponentes são: sobredistensão uterina (por polidramnia, gemelaridade e macrossomia), infecção intra parto, anestesia geral com halogenados, multiparidade, parto prolongado, manobras inadequadas como a de Kristeller, presença de miomas uterinos e uso indiscriminado de ocitócicos, seja para induzir ou estimular o parto.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

O prognóstico dependerá das seguintes condições:

- velocidade da perda sangüínea – geralmente é rápida e, por isso, a protelação assistencial assume grande importância prognóstica.
- volume da hemorragia – considera-se significativa a perda que excede 500ml.
- ambiente – Agrava-se quando o parto ocorre em ambiente que não favorece a rápida reposição sangüínea e/ou realização das intervenções necessárias para assegurar a hemostasia.
- estado geral e nutritivo – a anemia e hipoproteinemia, comuns no nosso meio e, especialmente, em casos de placenta prévia com surtos hemorrágicos, são particularmente agravantes na hemorragia atônica.

Na vigência do quadro de hemorragia, deve-se conseguir acesso venoso calibroso que permita reposição volêmica rápida, solicitar tipagem sangüínea, fazer massagem uterina e realizar sondagem vesical de demora (débito urinário adequado de 30 a 50 ml/hora), que servirá de orientação quanto à reposição volêmica e grau de perda existente, além de evitar que a sobredistensão vesical impeça uma melhor contratilidade uterina. A monitorização dos sinais vitais será realizada e os sinais de choque serão continuamente pesquisados.

A revisão do canal de parto e do útero é obrigatória e não deverá ser protelada, na tentativa de identificar alguma lesão que necessite ser reparada. Deve-se realizar curagem para afastar a possibilidade da presença de fragmentos da placenta ou cotilédones. Tais procedimentos devem ser realizados sob anestesia.

Concomitante à terapia anteriormente descrita, inicia-se ocitocina 20 unidades em 500 ml de soro fisiológico a 0,9% (SF) ou glicosado 5%, 20-30 gotas por minuto. Metilergonovina pode ser feita em conjunto com a ocitocina na dose de 0,2 mg IM, não excedendo 0,4 mg. Esta droga é contra-indicada em mulheres hipertensas e nas que apresentam doenças cardiovasculares. Pode-se utilizar ainda o misoprostol (2 comprimidos via oral ou retal).

A reposição volêmica, em qualquer situação, visa restaurar o volume intra-vascular, permitir perfusão adequada e oxigenação satisfatória. Em virtude das intensas alterações hemodinâmicas que acompanham qualquer gestação, como o aumento de 40 a 50% do volume sangüíneo e do débito cardíaco, as perdas menores de 500 ml são bem toleradas, desde que a mulher não esteja já anêmica.

Os sinais de choque podem surgir tardiamente, quando as perdas já superam 35 a 40% do volume sangüíneo, exceção feita às pacientes portadoras de síndromes hipertensivas, principalmente a pré-eclâmpsia, que toleram mal a perda sangüínea. Portanto, na presença de sintomatologia, presume-se que a perda tenha sido maior que 500 ml e deve-se iniciar infusão rápida de 2000 a 3000 ml de SF ou Ringer, paralelamente às condutas previamente citadas. Havendo melhora clínica da paciente, esta deve ser conduzida apenas com terapia de suporte. Não ocorrendo melhora, a reposição

Acesse http://BlogEnfermagem.com

sangüínea se impõe, podendo ser feita com concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas e crioprecipitado.

O concentrado de hemácias é o mais efetivo e eficiente caminho para melhorar a capacidade carreadora de oxigênio em paciente com perda sangüínea aguda. A menos que tenha ocorrido hemorragia maciça, o concentrado de hemácias e os fluidos resolvem a grande maioria das situações clínicas que necessitam de reposição volêmica. Além disso, devido à pequena quantidade de glóbulos brancos e de iso-hemaglutininas, reduz consideravelmente a incidência de reação transfusional em comparação ao sangue total. O objetivo da terapia é manter o hematócrito entre 25 e 35%. Vale destacar que cada unidade transfundida eleva em 1,5 g a hemoglobina e em 3,0% o hematócrito.

O plasma fresco contém todos os componentes presentes no crioprecipitado, incluindo apreciável quantidade de fator VIII. Deve ser administrado quando a reposição volêmica e de fatores da coagulação, especialmente os fatores V, VIII e fibrinogênio, se fizer necessária.

A transfusão de plaquetas deve ser considerada nos casos de coagulação intra-vascular disseminada, hemorragia maciça, pré-eclampsia grave e púrpura trombocitopênica idiopática. Deve ser realizada sempre que a contagem for inferior a 20.000/mm3 ou, quando menor que 50.000/mm3, se houver sangramento grave ou necessidade de procedimentos cirúrgicos.

O crioprecipitado está indicado nas pacientes portadoras de Doença de Von Willebrand ou naquelas que têm volume normal, mas necessitam de fatores da coagulação, especialmente fibrinogênio.

O sangue total, por apresentar como inconveniente sua curta vida útil, que é de apenas 21 dias, e a estocagem, que tem efeitos deletérios sobre os elementos celulares e os fatores da coagulação, não é mais utilizado em hemoterapia em condições regulares.

Em conjunto com a conduta clínica, medidas mecânicas podem ser empregadas, como a massagem uterina. Devem-se evitar as expressões ou compressões do corpo uterino, pois a presença de coágulos e trombos favorece a hemostasia. Embora alguns livros texto de Obstetrícia recomendem que, excepcionalmente, a compressão bimanual do corpo uterino também pudesse ser utilizada, esta prática é muito pouco usada no Brasil e não tem seus benefícios evidenciados por escudos clínicos controlados.

A pressão transabdominal e a compressão da aorta têm apenas valor histórico. Porém, durante laparotomia, quando a hemorragia é abundante e até que se providenciem as medidas cabíveis, a compressão da aorta contra a coluna vertebral justifica-se como conduta paliativa.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Quando as medidas mecânicas e clínicas falharem em controlar a hemorragia, estão indicados os procedimentos cirúrgicos. A ligadura das artérias uterinas, que deve ser feita ao nível do ponto onde a artéria sobe ao lado do útero, apresenta taxa de sucesso de até 95% e, portanto, deve ser a primeira ligadura a ser feita. Na falha desta, deverá ser feita a ligadura bilateral das artérias hipogástricas, técnica que apresenta excelentes resultados, porém necessita da experiência do cirurgião em trabalhar no espaço retroperitoneal. Na ausência desta experiência, a perda de tempo na realização da ligadura pode agravar o quadro clínico da paciente.

Quando todas as medidas falharem, a histerectomia de emergência permanece como opção que pode salvar a vida da paciente. Dá-se preferência à subtotal, pela diminuição do tempo cirúrgico, não agravando o estado geral já comprometido.

Naquelas mulheres em que os fatores predisponentes, anteriormente descritos, estiverem presentes, a infusão de 10 unidades de ocitocina durante o secundamento e nas duas primeiras horas de pós-parto, reduz drasticamente a morbimortalidade materna oriunda desta complicação.

2. Lacerações de trajeto

A revisão do trajeto do parto deve ser realizada sistematicamente nesta situação. É procedida pinçando-se o colo uterino com duas pinças de anel que serão movimentadas em sentido horário até completa visualização do colo. Na presença de qualquer lesão visível, faz-se a sutura em pontos separados, com fio absorvível, em geral cat-gut cromado 0 ou 2-0. Na vagina poderão se efetuar suturas contínuas.

Havendo sangramento ativo, faz-se o pinçamento do vaso e a hemostasia. Na vigência de hematoma, este deve ser drenado para identificar o vaso responsável pelo quadro, permitindo sua ligação com fio absorvível. Às vezes pode ser preciso utilizar um dreno de Penrose. Em casos de grandes lacerações, ou de lesões múltiplas, quando a sutura não for possível, deve-se proceder o tamponamento da vagina.

3. Retenção placentária

A retenção placentária ou de seus fragmentos provoca hemorragia pela dificuldade de contração miometrial. Um período superior a 30 minutos para ocorrer a dequitação deve ser considerado patológico. A revisão macroscópica da placenta, cordão e membranas ovulares após a dequitação são procedimentos obrigatórios para todos os partos e contribuem para o diagnóstico precoce da retenção de fragmentos da placenta ou membranas, favorecendo prontas medidas para a solução do problema.

Na retenção placentária, ou na suspeita da presença de restos, deve-se realizar exploração da cavidade uterina, após a paciente

Acesse http://BlogEnfermagem.com

estar convenientemente anestesiada. Após extração da placenta, proceder a curagem e/ou curetagem uterina. Havendo acretismo, tentar não fragmentar a massa placentária. Caso a placenta não seja extraída manualmente, e na vigência de hemorragia persistente, estará indicada a histerectomia. Detalhes adicionais podem ser encontrados no manual técnico de Urgências e Emergências Maternas (MS, 2000).

4. Inversão uterina

É causa rara de hemorragia puerperal. Quando ocorre, tem elevado risco para a paciente. O choque que acompanha o quadro pode ser hemorrágico ou neurogênico, pela dor provocada. Acomete mais multíparas ou mulheres com acretismo placentário e é também resultado de manobra iatrogênica na tração exagerada do cordão umbilical. O útero deve ser reposicionado o mais rápido possível. Quanto maior a demora, mais difícil a realização das manobras corretivas. O tratamento deve ser feito sob anestesia, efetuando-se a manobra de Taxe, na qual tenta reverter o útero à sua posição normal, introduzindo a mão direita fechada em seu interior. Havendo sucesso, utilizar ocitócicos para manter o útero contraído. Quando as manobras clínicas forem ineficientes, fazer laparotomia e tração cirúrgica do corpo e do fundo uterino (procedimento de Huntington). Todas estas medidas devem ser acompanhadas de reposição sangüínea, já que a perda volêmica costuma ser grande.

5. Rotura uterina

Em muitos casos, o diagnóstico da rotura uterina somente é efetuado após o parto. As principais causas incluem a presença de cicatrizes uterinas prévias, principalmente decorrentes de cesáreas corporais e miomectomias, o uso inadequado dos ocitócicos ou das prostaglandinas no período anteparto, insistência no parto vaginal frente a quadros de desproporção feto-pélvica, traumas externos e manobras inadequadas de versão interna ou externa.

Em casos de parto vaginal com roturas sem manifestação clínica, detectadas na revisão uterina, a conduta dependerá da estabilidade hemodinâmica da puérpera e da hemorragia visível. Em alguns casos, poderá ser adotada conduta expectante, sob rigorosa observação e uso contínuo de ocitócicos. Quando as lesões forem extensas ou frente à instabilidade da paciente, realiza-se laparotomia com sutura da lesão ou histerectomia. Nos casos em que se preservar o útero, deve-se considerar, se for o desejo da mãe, a laqueadura tubárea bilateral.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Considerações finais

Passado este breve, mas importante, quarto período do parto e ultrapassadas as eventuais dificuldades e complicações surgidas, a mulher estará apta a ser transferida, juntamente com seu filho, para o alojamento conjunto. A partir de então, já no período puerperal, outros cuidados à mulher e ao recém-nascido fazem parte das atividades dos profissionais de saúde que deverão estar aptos a esta assistência.

Outros detalhes sobre complicações hemorrágicas ou cirúrgicas do puerpério, que caracterizem situações de urgências e emergências, estão disponíveis no manual de Urgências e Emergências Maternas o Ministério da Saúde.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Conceitua-se puerpério o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico.

O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: **imediato** (1 ° ao 10° dia), **tardio** (11 ° ao 42° dia), e **remoto** (a partir do 43° dia).

A primeira e segunda horas após o delivramento devem ser passadas no Centro Obstétrico ou sala de PPP, pois neste período podem ocorrer hemorragias. Corresponde ao chamado Quarto Período do parto, abordado detalhadamente no Capítulo 19. Passado este período inicial, estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao alojamento conjunto, após serem seus sinais vitais avaliados e anotados.

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico.

Ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos

Acesse http://BlogEnfermagem.com

contraditórios e sinta-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.

Alterações anatômicas e fisiológicas no puerpério:

A puérpera apresenta um estado de exaustão e relaxamento, principalmente se ela ficou longo período sem adequada hidratação e/ou alimentação, além dos esforços desprendidos no período expulsivo. Este estado pode se manifestar por sonolência que exige repouso. Após despertar e receber alimentação adequada, sem restrições, a mulher poderá deambular e dedicar-se aos cuidados com o filho.

A puérpera pode apresentar ligeiro **aumento da temperatura axilar** (36,8° - 37,9°) nas primeiras 24 horas, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado. Podem ocorrer ainda calafrios, mais freqüentes nas primeiras horas após o parto. Estas alterações podem ocorrer sem traduzir um risco à saúde da mulher, mas exigem do examinador cautela, pois também podem corresponder a processos mórbidos, como a infecção puerperal.

O **sistema cardiovascular** experimenta, nas primeiras horas pós-parto, um aumento do volume circulante, que pode se traduzir pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo. Nas puérperas com cardiopatia, em especial naquelas que apresentam comprometimento da válvula mitral, o período expulsivo e as primeiras horas após o delivramento representam uma fase crítica e de extrema necessidade de vigilância médica.

Também neste período a puérpera tem seu **padrão respiratório** restabelecido, passando o diafragma a exercer funções que haviam sido limitadas pelo aumento do volume abdominal.

A volta das vísceras abdominais à sua situação original, além da descompressão do estômago, promove um melhor esvaziamento gástrico. Os esforços desprendidos no período expulsivo agravam as condições de hemorróidas já existentes. Esta situação causa desconforto e impede o bom esvaziamento intestinal. Nas mulheres que pariram por cesárea, soma-se ainda o íleo paralítico pela manipulação da cavidade abdominal.

Traumas podem ocorrer à uretra, ocasionando desconforto à micção e até mesmo retenção urinária, situação atenuada pelo aumento da capacidade vesical que ocorre normalmente neste período. A puérpera pode experimentar nos primeiros dias pós-parto um aumento do volume urinário, pela redistribuição dos líquidos corporais.

A **leucocitose** no puerpério é esperada, podendo atingir 20.000 leucócitos/mm3, contudo sem apresentar formas jovens em demasia (desvio à esquerda) ou granulações tóxicas em porcentagem expressiva dos leucócitos. A quantidade de plaquetas está aumentada nas primeiras semanas, assim como o nível de fibrinogênio, razão para se preocupar com a imobilização prolongada no

Acesse http://BlogEnfermagem.com

leito, situação que facilita o aparecimento de complicações tromboembólicas.

A pele seca e queda dos cabelos podem ocorrer. As estrias tendem a se tornar mais claras e a diminuírem de tamanho, embora muitas permaneçam para sempre.

Alterações do humor, com labilidade emocional, são comuns no puerpério. Entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, uma vez que quadros de profunda apatia ou com sintomas de psicose puerperal devem ser identificadas precocemente. Nestas situações, um tratamento adequado deve ser instituído rapidamente. Nas mulheres que tiveram um óbito fetal, atenção especial deve ser dada, pois a perda do filho pode provocar um sentimento de luto que necessita de tempo e algumas vezes de ajuda para superá-lo. Nestes casos, recomenda-se instalar estas mulheres em alojamentos sem a presença de crianças, para não provocar lembranças e comparações. Nas mulheres que tiveram filhos que necessitam de tratamento imediato, em especial os recém-nascidos malformados, deve-se procurar compreender os sentimentos da mulher diante desta nova e inesperada situação. O entendimento destas situações (natimorto e malformados) pelos acompanhantes é importante para a melhor recuperação da puérpera.

O **útero** atinge a cicatriz umbilical após o parto e posteriormente regride em torno de 1 cm ao dia, embora de forma irregular. Forma-se inicialmente um tamponamento dos vasos pela compressão do miométrio para, em seguida, formarem-se trombos que impedirão a perda sangüínea. Inicialmente surgem os lóquios sangüíneos (até o 5° dia), em volume variável, semelhante a uma menstruação. A partir do 5° dia, torna-se serossanguíneo e por volta do 10° dia, seroso. O cheiro é característico. Quando fétido, pode significar quadro infeccioso.

A recuperação do **endométrio** inicia-se a partir do 25o dia pós-parto. O colo uterino, logo após o parto, fica edemaciado e pode apresentar lacerações e, em torno do 10° dia, estará fechado. A vagina apresenta-se edemaciada, congesta e atrófica, iniciando sua recuperação após o 25° dia de puerpério, mais tardia nas mulheres que amamentam. Esta situação muitas vezes provoca desconforto nas mulheres ao reiniciarem suas atividades sexuais. A vulva e o assoalho pélvico sofrem também modificações decorrentes do trabalho de parto.

O profissional de saúde deve reforçar as ações do **aleitamento** que foram introduzidas no pré-natal, promovendo uma melhor adaptação da mãe ao filho. Deve-se encorajar a mãe a levar seu filho ao peito precocemente para que este contato permaneça efetivo.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Assistência ao puerpério

1. Puerpério imediato (1° ao 10° dia):

A mulher tem necessidades de atenção física e psíquica. Não deve ser tratada como um número que corresponda ao seu leito ou enfermaria, e sim pelo nome, com respeito e atenção. Nos momentos iniciais após o parto, a relação mãe-filho não está ainda bem elaborada, portanto não se deve concentrar todas as atenções apenas à criança, pelo risco de que isso seja interpretado como desprezo às suas ansiedades ou queixas. Deve-se lembrar que o alvo da atenção neste momento é a puérpera.

A avaliação clínica deve ser rigorosa, sendo os achados transcritos para o prontuário médico, de forma clara e obedecendo uma padronização. Deve-se proceder a um exame físico completo:

- **Deambulação:** *estimular a deambulação o mais precoce possível.*
- **Higiene:** *após iniciada a deambulação e estando bem, deve-se estimular o banho de chuveiro. Não há necessidade de utilizar substâncias antissépticas na região perineal. Nos casos de parto por cesariana, aconselha-se proteger o curativo ou renová-lo no 1° dia, sendo que a partir do 2° dia deverá permanecer descoberta a ferida, o que inclusive permite melhor observação.*
- **Mamas:** *a utilização de sutiã deve ser recomendada, por proporcionar melhor conforto à mulher. O colostro já está presente no momento do parto. A descida do leite, no entanto, ocorre entre o 1° e 3° dia pós-parto, embora a colocação da criança ao peito deva ser feita logo após o nascimento para que ocorra liberação de prolactina e ocitocina, com conseqüente produção e liberação do leite. A identificação de deformidades nos mamilos, ou presença de fissuras, geralmente ocasionadas por pega inadequada ao peito, pode trazer prejuízos à mulher, favorecendo o ingurgitamento, e ao aleitamento. Mastites e abscessos necessitam de atenção especial, não sendo motivos para se desencorajar o aleitamento exclusivo.*
- **Abdome:** *identificação de vísceras aumentadas e ou dolorosas, atenção à involução uterina e à ferida cirúrgica, se o parto ocorreu por cesariana. É necessário proceder a ausculta dos ruídos hidro-aéreos.*
- **Genitália:** *inspecionar sistematicamente a região perineal, com atenção especial aos lóquios. O achado de edemas, equimoses e hematomas implica na necessidade de aplicação de frio no local, com bolsa de gelo, nas primeiras 24 horas. A identificação de lóquios fétidos pode traduzir quadro infeccioso.*
- **Membros:** *pesquisar sinais de trombose venosa profunda, principalmente o relato de dores nos membros inferiores e edema súbito. Identificar o aparecimento de sinais fiogísticos.*

Recomenda-se a prescrição de sulfato ferroso (600 mg/dia), dois comprimidos de 300mg ao dia e também a suplementação de Vitamina A (200.000 UI por via oral, dose única). Naquelas mulheres que apresentam desconforto por dores no local da episiorrafia, pode-se utilizar analgésicos (acetaminofen 750 mg/4 vezes ao dia ou

Acesse http://BlogEnfermagem.com

dipirona 500 mg/4 vezes ao dia), bem como a colocação de bolsa de gelo nas primeiras 24 horas sobre a episiorrafia.

Alta hospitalar

Não se deve dar a alta à puérpera sem conhecimento da classificação sangüínea da mãe. Naquelas com fator Rh negativo, não sensibilizadas e com recém-nascido Rh positivo e Coombs negativo, utiliza-se a imunoglobulina anti-D, nas primeiras 72 horas. Importante também é conhecer o resultado da sorologia para sífilis. Sendo positiva, iniciar o tratamento, se este não foi realizado previamente, e comunicar ao médico responsável pela assistência do recém-nascido.

Nas puérperas que estão bem e não se detectam anormalidades, a alta pode ser consentida após as primeiras 24 horas, e nas submetidas a cesárea, com 48 horas.

Revisão puerperal

1. Revisão puerperal precoce (entre 7 a 10 dias)

O retorno deve ser marcado em torno do 7° ao 10° dia de puerpério, recomendando-se que seja feito na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, incluindo a criança e o companheiro. Neste retorno, deve-se ouvir as queixas da puérpera, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória). Fundamental é o exame das mamas e o incentivo para continuação do aleitamento materno.

Para as puérperas que possuem vínculo empregatício ou nas que exercem atividades por conta própria (autônomas) e que ainda não estão em gozo da licença maternidade, deve-se fornecer o atestado médico para esta situação e orientá-las a comparecer ao Posto de Benefícios do INSS mais próximo de sua residência, pois terão direito a 120 dias de licença. As mulheres que amamentam, ao retornar da licença-maternidade, têm direito a licença complementar para amamentação, de dois descansos diários de trinta minutos cada até a criança completar seis meses.

2. Revisão puerperal tardia (até 42 dias)

Após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30° e o 42° dia pós-parto. Nesta ocasião, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se novo exame físico. Importante é discutir o aleitamento materno e orientar a mulher para problemas que tenham surgido ou que ela tenha ouvido de outras pessoas. Alguns desses comentários prejudicam a continuação do aleitamento. Nesta ocasião, podem-se liberar os exercícios físicos, desde que a mulher se sinta bem e não apresente complicações.

Nas puérperas que não completaram seus esquemas de vacinação, deve-se aproveitar este momento para fazê-la, em especial da imunização contra o tétano, hepatite B e rubéola.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Nas mulheres que não realizaram exame preventivo para câncer cervical, este momento também é oportuno, pois trata-se praticamente da liberação da mulher às suas atividades normais. É fundamental que haja uma discussão com o casal sobre o retorno às atividades sexuais. Desconforto à relação pode surgir por conta da atrofia vaginal, sendo minimizado este inconveniente com a utilização de lubrificante.

Contracepção no Puerpério

1. Lactação e Amenorréia como Método (LAM)

Este método necessita de **amamentação exclusiva a livre demanda, até seis meses do parto e a ausência de menstruação neste período.** Obedecidas estas três exigências, a efetividade é de até 98% para evitar uma nova gravidez. Esta prática reforça nas mulheres a importância do aleitamento exclusivo, contribuindo para melhoria da saúde das crianças.

2. Métodos de Barreira

A utilização do preservativo masculino em todas as relações sexuais evita não somente uma nova gravidez, como protege a mulher de contrair uma DST. No puerpério recomenda-se a utilização do preservativo lubrificado, para evitar o desconforto ocasionado pelo ressecamento da mucosa vaginal. A utilização do preservativo feminino deve ser encorajada, apesar dos custos mais elevados quando comparado ao masculino. A utilização do diafragma deve ocorrer após seis semanas do parto, pois a partir deste período pode-se escolher o tamanho mais adequado.

3. Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

O DIU pode ser inserido logo após a eliminação da placenta, tanto no parto normal como na cesárea. Quando sua introdução é feita nesta ocasião, as mulheres referem diminuição do sangramento e das cólicas. Quando não inserido dentro das 48 horas pós-parto, recomenda-se inseri-lo apenas na sexta semana pós-parto, independente do retorno da menstruação.

5. Esterilização Feminina

Quando previamente discutido com o casal e dentro das condições em que a lei permite, esta prática contraceptiva pode ser efetuada logo após o parto normal, através da laqueadura tubárea realizada por uma minilaparotomia, de preferência até 72 horas do parto, ou durante a cesárea se esta for a via do parto. Não é norma aceitável a discussão sobre este método quando do momento do parto. O recomendado é que haja uma apresentação de todos os métodos disponíveis e que o casal tome a decisão fora do ciclo grávido-puerperal, pela irreversibilidade do método.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

6. Vasectomia

Devem-se ter as mesmas precauções com a utilização deste método que as providenciadas na laqueadura tubárea, principalmente no ciclo grávido-puerperal. Por ser de menor custo e de mais simplicidade, pode ser feita no ambulatório. Deve ser mais divulgada e encorajada sua escolha, pelas vantagens que tem e por preservar a mulher de procedimentos invasivos.

7. Métodos Hormonais (Progestogênios)

A utilização da minipílula deve ser iniciada após a 6ª semana do parto, e seu uso é contínuo. Quando associada à amamentação, tem sua eficácia aumentada. Deve ser substituída por outro método quando ocorre o retorno da menstruação. Os injetáveis (bimensais) também podem ser empregados, embora também mais utilizados após as seis semanas do parto.

8. Métodos Comportamentais

Envolve vários métodos, incluindo o coito interrompido, a abstinência sexual, o de Billings e o de tabela. Os dois últimos são, de difícil utilização neste período porque ainda não aconteceu o retorno à função ovariana normal.

9. Anticoncepcional Oral Combinado

Está contra-indicado o use de anticoncepcionais orais combinados nas mulheres que estão amamentando, pois o componente estrogênico interfere com a produção do leite. Evidentemente esta contra-indicação deixa de existir se, por qualquer motivo, o aleitamento materno não estiver sendo praticado.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

21

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS UTILIZADAS NO PARTO

A incorporação de conhecimentos na vida das pessoas, que regem seus comportamentos e práticas, baseia-se em três sistemas: o mágico, o empírico e o científico.

O sistema mágico é o mais primitivo e atribui a forças sobrenaturais a origem dos fenômenos vinculados à saúde-enfermidade. O sistema empírico, mais evoluído que o anterior, baseia-se na utilização de conhecimentos e práticas que a experiência pessoal e observação de anos demostraram que são adequados. O pensamento científico é uma etapa superior do conhecimento e está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras pré-estabelecidas que permitem sua replicabilidade se estas forem respeitadas. Ainda que não seja infalível, é mais confiável que a tradição, a experiência pessoal e a autoridade.

As práticas médicas em geral e as obstétricas em particular não escapam deste contexto e, ainda que muitas delas tenham sido adotadas seguindo o pensamento científico, outras têm sido incorporadas não criticamente e utilizadas durante anos, em geral respaldadas apenas pela tradição e pelo princípio de autoridade.

Os velhos paradigmas na educação médica e na elaboração de guias normativas estão dando lugar a novas formas menos autoritárias e mais baseadas nas melhores evidências disponíveis. Assim é que na Universidade de McMaster do Canadá desenvolveu-se este novo enfoque que se tem denominado **medicina baseada em evidências** que é a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica clínica disponível para tomar decisões sobre o cuidado de pacientes individuais e que se tem estendido para a elaboração de guias normativas.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

A medicina baseada em evidências integra a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível derivada da busca sistemática de informação relevante na literatura médica.

Existem várias propostas para classificar os diferentes níveis de qualidade das evidências, entre elas a de Mulrow de 1987:

I Revisões sistemáticas
II Ensaios controlados aleatorizados com grande número de casos e bem desenhados (erros alfa e beta pequenos)
III Ensaios controlados aleatorizados com pequeno número de casos e bem desenhados (erros alfa e beta maiores)
IV Estudos de coortes bem desenhados
V Estudos caso-controle bem desenhados
VI Séries de casos
VII Opinião de expertos

Tendo em conta esta classificação das evidências, poder-se-iam descrever diferentes graus de recomendação de uma determinada prática ou tratamento:

Recomendação
A Evidências nível I a IV
B Evidências nível V
C Evidências nível VI a VII

Como se depreende da classificação acima mencionada, as revisões sistemáticas (investigação secundária) da literatura são a ferramenta metodológica que dá mais força às evidências disponíveis e elas se realizam fundamentalmente a partir de investigações primárias que são ensaios clínicos controlados com alocação aleatória, pelo que se faz necessário recordar sumariamente qual é a estrutura básica dos mesmos.

Ensaios Clínicos Controlados com Alocação Aleatória

Em meados do século XX, Fisher descreveu as bases dos ensaios clínicos controlados, as quais desenvolveu no campo da agricultura e do laboratório. Um marco transcendente na aceitação desses ensaios na medicina foi a prova da estreptomicina no tratamento da tuberculose.

A avaliação de novos tratamentos ou procedimentos médicos implica na comparação de duas séries de observações: uma que se obtém com o emprego do novo procedimento ou tratamento (série tratada, experimental) e outra que representa as observações de um grupo controle sem a utilização de tal procedimento ou tratamento ou com o procedimento padrão (série controle).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

As diferenças observadas entre ambas séries podem ser atribuídas a:

1. Variações na amostra
2. Diferença na conformação dos grupos
3. Diferenças na condução (manipulação) dos grupos
4. Verdadeiros efeitos do novo tratamento ou procedimento; que é a meta que se persegue habitualmente nesses ensaios

As diferenças atribuíveis às três primeiras categorias podem ser controladas respectivamente: com a metodologia da inferência estatística (provas de significação estatística adequadas), com a alocação aleatória (aleatorização, randomização, utilizando os números aleatórios) e com o mascaramento dos grupos (duplo ou triplo cego).

No estado atual da investigação na medicina, o ensaio clínico controlado randomizado tem uma posição segura e respeitada. Se através de distintos estudos (coortes, caso-controle, série de casos) se chegam a conclusões opostas, outorga-se maior credibilidade ao resultado da investigação que utilizou esta técnica.

Revisões Sistemáticas

Mais recentemente (1976), com o grande crescimento da telemática, desenvolveu-se a técnica das revisões sistemáticas que, diferentemente das revisões tradicionais, tem a característica de ser reprodutível e quantitativa. Para ser reprodutível, deve-se seguir estritamente sua metodologia e ser convenientemente explicitada, evitando o vício de se eleger somente os artigos que interessam à nossa hipótese. A parte quantitativa denomina-se metanálise, que é um método que permite combinar os resultados dos estudos primários independentes e a sínteses dos mesmos. É de especial utilidade para avaliar os tratamentos e procedimentos médicos com resultados de estudos contraditórios em magnitude ou direção de efeito, ou com efeitos pequenos, mas importantes.

Permite aumentar o tamanho da amostra, o que incrementa o poder estatístico das provas (diminuindo os erros alfa e beta) e facilita a obtenção de conclusões mais coerentes e confiáveis sobre a eficácia de tratamento ou procedimento, sobre custos e permite recomendar com maior força sua inclusão como pauta normativa.

Estas revisões sistemáticas são consideradas como investigações secundárias sobre estudos já realizados, com particular aprofundamento nos ensaios clínicos controlados.

A metanálise provê um marco lógico para a investigação de revisão e pode ser realizada se a bibliografia disponível em quantidade e qualidade assim o permite.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Como método de trabalho, tem as seguintes etapas:

1. **Investigação, revisão, atualização da bibliografia:** a busca dos trabalhos deve ser planificada, exaustiva e estandardizada, com pré-especificação de definições e critérios de elegibilidade. Nesta etapa qualitativa listam-se estudos comparáveis que usam desenhos similares e variáveis de intervenção e de resultados parecidas. Recorre-se a fontes definidas e garante-se a qualidade da informação primária.

2. **Cálculo do efeito para cada estudo em particular:** é uma etapa quantitativa, empregando-se técnicas estatísticas como a medida do risco relativo (RR) ou do odds ratio (OR), diferenças de médias, todas com seus respectivos intervalos de confiança.

3. **Cálculo do efeito comum global, combinado e ponderado:** etapa também quantitativa, empregando procedimentos estatísticos, ponderam-se os estudos por diferenças, variâncias ou tamanhos amostrais, a fim de conseguir uma estimação pontual de resumo, com seu intervalo de confiança, de todos os trabalhos analisados (metanálise). Entre as técnicas utilizadas, destacam-se as de médias ponderadas, o método de Mantel e Haenszel, ponderação de OR ou RR pelo inverso da variância, regressão logística múltipla, entre outras. Também corresponde a esta etapa, a apresentação gráfica dos resultados.

4. **Cálculo do número de trabalhos não publicados com conclusões antagônicas necessárias para negar os resultados obtidos:** tenta-se uma aproximação mediante a agregação de resultados simulados, repetindo o procedimento da etapa anterior, a fim de estabelecer quantos trabalhos com resultados antagônicos faltariam para fazer desaparecer os efeitos. Também chamado de análise de sensibilidade, serve para suspeitar se existem vícios de publicação (funnel plot).

Acesse http://BlogEnfermagem.com

As revisões sistemáticas e a metanálise que delas derivam, dependem do número e qualidade dos estudos primários. Se eles não são suficientes ou satisfatórios, a metanálise não os corrige. As debilidades do procedimento baseiam-se em:

1. *Vício de publicação: os autores e editores tendem a não publicar trabalhos com resultados negativos ou não esperados, se há uma publicação que mostra resultados favoráveis. Especial cuidado deve-se ter quando uma única investigação original é dividida em fragmentos para se obter várias publicações com a mesma base de dados*

2. *Vício de seleção: os autores da revisão sistemática tendem a selecionar maior número de artigos que reforcem suas próprias hipóteses*

3. *Vício nos procedimentos de acumulacão*

4. *Vício na interpretação*

Tendo em consideração estas pautas é que se tem tentado classificar as condutas e práticas no parto normal em quatro categorias, dependendo de sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais.

A classificação tomada como base foi a desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal que a OMS convocou no ano 1996, e modificada pelas novas evidências científicas atualmente disponíveis. Esta classificação divide as práticas no parto normal em 4 categorias, a saber:

Acesse http://BlogEnfermagem.com

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1.1 - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
1.2 - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
1.3 - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
1.4 - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
1.6 - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
1.7 - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
1.8 - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
1.9 - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
1.10 - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
1.12 - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
1.13 - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
1.14 - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
1.17 - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
1.18 - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
1.19 - Condições estéreis ao cortar o cordão.
1.20 - Prevenção da hipotermia do bebe.
1.21 - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso do vitamina K.
1.22 - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
1.23 - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
1.24 - Alojamento conjunto.
1.25 - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
1.26 - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
1.27 - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

2.1 - Uso rotineiro do enema.
2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.
2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.
2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
2.6 - Exame retal.
2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.
2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.
2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.
2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
2.16- Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
2.17 - Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.
2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
2.19 - Prática liberal de cesariana.
2.20 - Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais
2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

3.1 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
3.3 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
3.4 - Manipulação ativa do feto no momento do parto.
3.5 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.
3.6 - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

4. Práticas no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado

4.1 - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
4.2 - Controle da dor por agentes sistêmicos.
4.3 - Controle do dor por analgesia peridural.
4.4 - Monitoramento eletrônico fetal.
4.5 - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
4.6 - Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
4.7 - Correção do dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
4.8 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
4.9 - Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
4.10 - Caracterização do bexiga.
4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
4.12 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
4.13 - Parto operatório.
4.14 - Exploração manual do útero após o parto.

Esta classificação das práticas durante o parto normal, que se descreveu acima, com as melhores evidências disponíveis até esta data, deve ser periodicamente revisada de forma critica, pois, com o progresso da ciência médica, novas evidências surgirão e cada um dos membros da equipe de saúde deve buscá-la de forma ativa e permanente.

Um Diretor de uma Escola de Medicina, no ato de colação de grau de seus egressos, expressou: "A metade do que lhes foi ensinado provavelmente já não é certo, mas o pior é que não sabemos qual metade".

Embora se possa realizar um bom trabalho ensinando a melhor prática médica atualmente disponível aos estudantes e residentes, esse trabalho será incompleto quando não se ensinar como decidir quando e o que estão aprendendo tenha se tornado obsoleto e necessite ser modificado.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVICI D, GOLDWASSER S, MABIE BC, MERCER BM, GOLDWASSER R, SIBAI BM. A randomized comparison of oral misoprostol versus Foley catheter and oxytocin for induction of labor at term. **Am J Obstet Gynecol, 181(5):** 1108-112, 1999.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG technical bulletin. Induction of labor (Number217). **Int J Gynecol Obstet,** 53: 65-72, 1996.

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion. Induction of labor with misoprostol (Number 228). **Int J Gynecol Obstet,** 69: 77-78, 2000.

ALMEIDA FML, FEITOSA FEL (ed.). **Manual da Clínica Obstétrica. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.** Fortaleza, 2000.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Neonatal Ressucitation. Textbook.** 4th Edition, 2000.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia. **Anesthesiology,** 90: 600-11, 1999.

BALASKAS, J. **Porto ativo - guia prático para o parto natural.** 2a- ed., São Paulo, Ground, 1993.

BARROS FC, VAUGHAN JP, VICTORA CG, HUTTLY SRA. Epidemic of Caesarean sections in Brazil. **Lancet,** 338: 167-169, 1991.

BENFAM. Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996.** Rio de Janeiro, 1997.

BERQUÓES, CUNHA EMGP (orgs.). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995).** Editora da UNICAMP, Campinas, 2000.

BESTETI PIRES HM, CECATTI JG, FAÚNDES A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev Saúde Pública, São Paulo,** 33: 342-8, 1999.

BISHOP, EH. Pelvic scoring for elective induction. **Obstet Gynecol,** 24: 266-268, 1964.

BLOOM RS, CROPLEY C. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. **Textbook of Neonatal Ressucitation,** 1994.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDS: recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV**. 1 ° edição.Brasília, D.F. 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Amamentação e use de drogas**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da Atenção Obstétrica Hospitalar: Sistema Único de Saúde, Brasil 1998**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica - Prevenção e Tratamento dos agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes** 1 ° edição. Brasília, D.F. 1999.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Testes Rápidos Anti-HIV: Considerações Gerais para seu Uso com Ênfase na Indicação de Terapia Anti-Retroviral em Situações de Emergência**. 1 ° edição.Brasília, D.F. 2001

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Materno Infantil. **Manual de Promoção do Aleitamento Materno**. Normas Técnicas. 2a. ed., Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno Infantil. **Manual de Assistência ao Recém-nascido**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. 3a. edição. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM no. 2.816. **Diário Oficial da União**, Seq. I, no. 103, 02/6/1998, p.48.

BRASIL., MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pre-natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Urgências e Emergências Maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília, Ministério da Saúde/FEBRASGO, 2000. 118p.

BRASIL. http://www.datasus.gov.br 2001.

BRASIL. http://www.saúde.gov.br 2001.

BUGALHO, AM; BIQUE, C; MACHUNGO, F; FAÚNDES, A. Low dose vaginal misoprostol for induction of labor with a live fetus. **Inter J Gynecol Obstet**, 49: 149-155, 1995.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à Enfermagem materna.** 6° ed. Porto Alegre, Artes Medicas, 1995.

CARROLI G, BELIZÀN J. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Library.** Cochrane Database Syst. Rev 2000; 2:CD000081.

CARVALHO, GM. **Enfermagem em Obstetrícia.** São Paulo, EPU, 1990. 118p.

COLLINS, PW; PAPPO, R; DAJANI, EZ. Chemistry and synthetic development of misoprostol. **Dig Dis Sci, 30(11 Suppl):** 114S-117S, 1985.

CUNNINGHAM FG, MACDONALD PC, GANT NF, LEVENO KJ, GISTRAP LC, HANKINS GDV, CLARK SL. Intrapartum Assessment. In: **Williams Obstetrics** 20th ed. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, 1997. p. 347-78.

EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. **Complaints and disorders: the sexual politics of sickness.** London, Writers and Readers Pub Coop, 1973. p.10.

EI-TORKEY M & GRANT JM. Sweeping of the membranes is an effective method of induction of labour in prolonged pregnancy: a report of a randomized trial. **Br J Obstet Gynaecol,** 99: 455-458, 1992.

DUNN et al. Risk of human immunodeficiency virus type 1 .transmission through breastfeeding. **Lancet,** 1992, 340: 585-588.

ERIKSSON E (ed). **Manual ilustrado de anestesia local.** Copenhague, I. Chr. Sorensen & Co A/S, 1969.

FAÚNDES A, CECATTI JG. Which policy for Caesarean section in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy and Planning,** 8: 33-42, 1993.

FEBRASGO. **Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO.** Rio de Janeiro, Revinter, 2000. 9913p.

FESCINA, RH. A incidência de cesárea nas Américas. **Jornal da FEBRASGO, 1:** 7-8, 2000.

FLEISS JL. **Statistical Mehods for Rates and Proportions.** 2nd ed. John Wiley & Sons, New York, 1980.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro, Graal, 1980. pp 37-8.

FRANCOME C, SAVAGE W, CHURCHILL H, LEWISON H. **Caesarean Birth in Britain.** London, Middlesex University Press, 1993. 200p.

FRIEDMAN EA. **Labor: Clinical evaluation and management.** New York, Appleton, 1978.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

FRIEDMAN EA. The graphic analysis of labor. **Am J Obstet Gynecol,** 68: 1568-75, 1954.

GAGNON AJ. **Individual or group antenatal education for childbirth/ parenthood (Cochrane Review).** Cochrane Database Syst Rev, 2000; 4: CD002869.

GOLFIER F. Technique opératoire de la cesarianne. **Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction, 29** (Supl.2): 86-95, 2000.

GUPTA R, VASISHTA K, SAWHNEY H, RAY P. Safety and efficacy of stripping of membranes at term. **Int J Gynecol Obstet,** 60: 115-121, 1998.

GUPTA T, VERMA NK, SOOD A. Effects of intracervical injection of hialuronidase in primigravidae during labor. **J Indian Med Assoc,** 92(2): 47-8, 1994.

HODNETT ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

HOFMEYER GJ & GULMEZOGLU AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

HOFMEYR GJ, GULMEZOGLU AM, ALFIREVIC Z. Misoprostol for induction of labour: a systematic review. **Br J Obstet Gynaecol,** 106: 798-803, 1999.

HOFMEYER GJ, KULIER R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

HOFMEYER GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

HOFMEYER GJ. External cephalic version for breech presentation before term (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

HOFMEYER GJ. Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library,** Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

HUGHEY MJ, MCELIN TW, YOUNG T. Maternal and fetal outcome of Lamaze-prepared patients. **Obstet Gynecol,** 51(6):643-7, 1978.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. p. 59.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

IMIP. **Obstetrícia: diagnostico e tratamento**. Recife, MEDSI, 1998. 559p.

JOHANSON RB & MENON BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 2, 2000. Oxford Update Software.

KENNELL J, KLAUS M, MCGRATH S, ROBERTSON S, HINKLEY C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. **JAMA, 265** (17): 2197-201, 1991

KEIRSE C. Prostaglandins in preinduction cervical ripening: Meta-analysis of worldwide clinical experience. **J Reprod Med**, 38: 89-100, 1993.

KETTLE C, JOHANSON RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. **Cochrane Library**. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2:CD000947.

KING FS. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina, 1991.

KLAUS MH, KENNELL JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. **Acta Paediatr 86**: 1034-6, 1997.

LANGER A, CAMPERO L, GARCIA C, REYNOSO S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers wellbeing in a Mexicaqn public hospital: a randomized clinical trial. **Br J Obstet Gynaecol**, 105(10): 1056-63, 1998.

LoCICERO AK. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. **Social Sciences and Medicine**, 37(10): 1261-9, 1993.

MARTINS-COSTA S. Sobre as casas de parto, os técnicos em obstetrícia e a mortalidade materna. **Jornal da FEBRASGO**,6(8): 5, 1999.

MATHIAS RS, CARVALHO JCA. Analgesia e anestesia em Obstetrícia. In: ORTENZI AV, TARDELLI MA. **Anestesiologia SAESP**, Rio de Janeiro, Atheneu, pp 462-510.

MULROW CD. The medical review article: state of the science. **Ann Intern Med, 106** (3): 185-8, 1997.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. CONSENSUS STATEMENT. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes, february 28 - march 2, 1994. **Am j Obstet Gynecol, 173** (1): 246-52, 1995.

NEIFERT MR. Clinical Aspects of Lactation: Promoting Breastfeeding Success. **Clin Perinatol, 26**(2): 281-306, 1999.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

NEME B (coord.). **Obstetrícia Básica.** 2a. ed., São Paulo, Sarvier, 2000.

NIERMEYER, S. et al . International Guidelines for Neonatal Ressucitation: an Excerpt from the Guideline 2000 for Cardiopulmonar Ressucitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. **Pediatrics 106** (3) 1-29, 2000.

O' DRISCOLL, K. & FOLEY, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. **Obstetrics** & **Gynecology,** 61: 1-5, 1983.

ODENT, M. **Água** & **Sexualidade.** São Paulo, Siciliano, 1991. 198p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: Um guia prático.** Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996. 53p.

PARNELL C, LANGHOFF-ROOS J, IVERSEN R, DAMGAARD P. Pushing method in the expulsive phase of labor. **Acta Obstet Gynecol Scand,** 72: 31-35, 1993.

PARPINELLI MA, CECATTI JG, FAUNDES A. Laminaria como dilatador cervical. Uso clínico e mecanismo de ação. **Femina,** 22: 187-193, 1994.

PAUL. R.H. & MILLER, D.A. Cesarean birth: how to reduce the rate. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** 172: 1903-11, 1995.

PAULA LG, LIMA CP, COUTINHO MS, MANFRO HD, INHAQUITES MK, LUZ NP. Partograma. **Acta Med HUP,** 384-98, 1984.

PETITTI, D; CEFALO RC, SHAPIRO BA, WHALLEY P. In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. **Obstetrics** & **Gynecology,** 59: 6-12, 1982.

PHELAN JP, CLARK SL, DIAZ F, PAUL RH. Vaginal birth after cesarean. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** 157(6): 1510-1515, 1987.

PHILPOTT RH, CASTLE WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I The alert line for detecting abnormal labour. **J Obstet Gynecol Brit Corn,** 79: 592-98, 1972.

PHILPOTT RH, CASTLE WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II The action line and treatment of abnormal labour. **J Obstet Gynecol Brit Corn,** 79: 599-602, 1972.

PORTER TF & VARNER MW. Using evidence-based medicine to optimize cesarean section outcomes. **Clinical Obstetrics and Gynecology,** 40(3): 542-547, 1997.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

RATTNER D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública, São Paulo,** 30: 19-33, 1996.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 8a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

ROSEN MG, DICKINSON JCB, WESTHOFF CL. Vaginal birth after cesarean: a meta analysis of morbidity and mortality. **Obstetrics** & **Gynecology,** 77: 465-70, 1991.

RUDGE MVC, CALDERON IMP, DE LUCA LA. Uso do partograma no diagnóstico e conduta no parto distócico. **Femina,** 17: 135-45, 1989.

RUDGE MVC, DE LUCA LA, PERACOLI JC. Partograma: Utilidade e importância. **Femina,** 16: 29-34, 1988.

SANCHES IH. **Comparando entre dois modelos de partograma aplicados na assistência ao parto de primigestas.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, 1999; 80p.

SATIN AJ, LEVENO KJ, SHERMAN ML, MCINTIRE DD. Factors affecting the dose response to oxytocin for labor stimulation. **Am J Obstet Gynecol,** 166: 1260-1, 1992.

SCHWARCZ R, DIAZ AG, FESCINA RH, BELITZKY R, DE MUCIO B, DELGADO

ROSSELLO JLD. Partograma com curvas de alerta In: _ Saúde reprodutiva materna perinatal. Atenção pré-natal e do parto de Baixo Risco. **Publ Cient CLAP,** n° 1321.03: 134-44, 1996.

SCHWARCZ R, DUVERGES C, DIAZ AG, FESCINA RH, Obstetrícia. 5° ed. Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1995. 640p.

SCISCIONE AC, MCCULLOUGH H, MANLEY JS, SHLOSSMAN PA, POLLOCK

COLMORGEN GHC. A prospective, randomized comparison of Foley catheter insertion versus intracervical prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening. **Am J Obstet Gynecol,** 180(1): 55-59, 1999.

SHAFFER N et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand : a randomised controlled trial. **Lancet,** 1999, 353: 773-780.

SHEARER, E. Cesarean section: medical benefits and costs. **Social Sciences and Medicine,** 37: 1223-31, 1993.

SLEEP J, ROBERTS J, CHALMERS I. Care during the second stage of labor. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC. **Effective care in pregnancy and childbirth (v.2).** Oxford University Press, Oxford, 1989. p.1130-44.

SOARES HB. Casas de parto. **Jornal da FEBRASGO, 6(8):** 6, 1999.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

STOPPARD, M. **Da Gravidez ao Nascimento - um guia completo e prático para futuros pais**. São Paulo, Maltese, 1990. 234p.

STRIGHT, BR. & HARRISON, LO. **Enfermagem Materna e Neonatal**. 2a-ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1998. 224p.

SWANN RO. Induction of labor by stripping membranes. **Obstet Gynecol**, 11: 74-78, 1958.

TEDESCO JJA. **A grávida. Suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo, Editora Atheneu, *1999*.

THOMSON AM. Pushing techniques in the second stage of labor. **J Adv Nurs**,18: 171-7, 1993.

VAN ZUNDERT A, OSTHEIMER GW. **Pain Relief & Anesthesia in Obstetrics**. New York, Churchill Livingstone, 1996.

VILLAR J, KHAN-NEELOFUR D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

WING DA, JONES MM, RAHALL A, GOODWIN TM, PAUL RH. A comparison of misoprostol and prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening and labor induction. **Am J Obstet Gynecol**, 172(6): 1804-1810, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, 2: 436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, HIV in Pregnancy: a review, **Joint United Nations Programme on HIV /AIDS** ,Genebra. 1999.

YAMASHITA AM, GOZZANI JL. **Anestesia em Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1997.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Organizadores
José Guilherme Cecatti
Suzanne Jacob Serruya

Consultores
Ricardo Fescina
Ricardo Schwarcz

Autores
Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Ângela Maria Bacha
Carlos Augusto Alencar Junior
Elcylene Maria de Araújo Leocádio
Iracema de Mattos Paranhos Calderon
Janine Schirmer
José Guilherme Cecatti
José Julio Tedesco
Jorge Andalaft Neto
Lucia Helena Garcia Penna
Maria Auxiliadora Benevides
Marinice Coutinho
Ricardo Fescina
Rita de Cássia Pontes de Matos
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Rosa Inês Costa Pereira
Suzanne Jacob Serruya
Tdnia Di Giacomo do Lago

Colaboradores
Ana Cristina Vilhena Abrahão
Ana Lucia Lourenço Bonilha
Aníbal Faúndes
Carlos Mello de Capitani
Carmen de Barros Correia Dhalia
Celso Ferreira Ramos Filho
Edmund Chada Baracat
Eduardo de Souza
Francisca das Graças Salazar Pinelli
Francisco Edson de Lucena Feitosa
Jacob Arkader
Jorge Andrade Pinto

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Luis Camano
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino Marco Antonio de Ávila Vitória
Marcos Ymayo
Maria Antonieta Rúbio Tyrrell
Maria Yolanda Makuch
Marina Ferreira Rea
Mary Angela Parpinelli
Nelson Diniz de Oliveira
Pablito Miguel Andrade Aguiar
Roxana Knobel
Sérgio Perreira da Cunha
Sérgio Tadeu Martins Marba
Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

Suporte técnico
Ministério da Saúde
ABENFO - Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstetras Área Técnica de Alimentação e Nutrição/MS
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS Área Técnica de Saúde do Adolescente/MS
Coordenação Nacional de DST/AIDS/MS
FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
Secretaria de Assistência a Saúde/MS
SBA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

O Ministério da Saúde agradece o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde para a realização desta publicação.

Acesse http://BlogEnfermagem.com

Acesse http://BlogEnfermagem.com

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

Trabalhando em todo o Brasil

Acesse http://BlogEnfermagem.com